Klinische Mittheilungen

von der

medicinischen Abtheilung

des

Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg.

1860.

Von **C. Tüngel, Dr.**

Hamburg.

Otto Meissner.

1862.

Inhalt.

Seite

Bericht über das Jahr 1860 3

Statistische Notizen über die vom 1. December 1859 bis Juli 1861 im allgemeinen Krankenhause behandelten Blatternkranken . . . 58

Ueber eine Form der tuberculösen und carcinomatösen Peritonitis . 71

Ueber die nervösen Zufälle beim acuten Gelenkrheumatismus . . . 99

Einige Fälle von Aorten-Aneurysmen mit Compression der Luftwege 133

Einige ungewöhnliche anatomische Varietäten 157

Bericht über das Jahr 1860.

Die Zahl der im Jahre 1860 auf der medicinischen Station des Hamburger allgemeinen Krankenhauses behandelten Kranken war um 645 (414 männl., 231 weibl.) geringer, als die des Jahres 1859; es starben 48 Kranke (31 männl. 17 weibl.) weniger, als 1859. Von epidemischen Krankheiten machten sich nur die Blattern, welche jedoch im Laufe des Jahres verschwanden, und die Wechselfieber besonders bemerklich. Letztere waren ganz gutartig; es wurden keine Fälle von Melanämie, wie im Jahre 1859, beobachtet. — Vom acuten Gelenkrheumatismus kamen weniger Fälle vor, als im Jahre vorher, auch war das Sterblichkeitsverhältniss günstiger. — Der Abdominal-Typhus zeigt seit 1857 eine stetige Abnahme, das Sterblichkeitsverhältniss war aber im Jahre 1860 weniger günstig, als im Jahre 1859; denn es kamen eine weit geringere Zahl der leichteren Fälle, wie sie sonst im Spätsommer vorzukommen pflegen, zur Behandlung. — Acute gastrische Catarrhe waren in geringerer Zahl vorhanden: dagegen sind die Fälle von acuten Catarrhen des unteren Theils des Darmcanals, namentlich des Dickdarms, seit 1858 im Zunehmen. — Von Lungencatarrh kamen viele Fälle vor: es verliefen auch viele Fälle bei Kindern und bejahrten Leuten tödtlich. Cholerafälle kamen nicht vor.

Die Aufnahme war am stärksten im Januar, am geringsten im September. — Die Sterblichkeit war am grössten im April, am geringsten im November.

Krankenbestand am 1. Januar 1860 . .	257	m.,	165	w.
Aufnahme von Aussen	1726	„	803	„
„ „ anderen Abtheilungen . .	157	„	80	„
zusammen	2140	m.,	1048	w.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen geheilt	1275	m., 519	w.
gebessert	164	„ 89	„
ungeheilt	48	„ 23	„
nach anderen Abtheilungen	179	„ 120	„
es starben	291	„ 163	„
Bestand am 1. Januar 1861	183	m., 134	w.

In der mit der inneren Abtheilung verbundenen Siechenstation war der Bestand am 1. Januar 1860 . 64 m., 92 w.

Aufnahme von Aussen	—	„ 3	„
„ „ anderen Abtheilungen	15	„ 15	„
zusammen	79	m., 110	w.

Von diesen wurden entlassen:

nach Aussen gebessert	—	„ 2	„
ungeheilt	3	„ 12	„
nach anderen Abtheilungen	8	„ 2	„
es starben	7	„ 9	„
Bestand am 1. Januar 1861	61	m., 85	w.

Das Jahr 1860 zeichnete sich vor dem vorhergehenden durch die Menge und Häufigkeit des Regens aus: die Witterung war sehr veränderlich, der Sommer mehr kühl. Die meteorologischen Verhältnisse der einzelnen Monate waren die folgenden:

Januar.

Vorherrsehender Südwestwind, viel Regen.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 1°, 919	+ 8°, 5	+ 3°, 506	— 5°, 506	+ 0°, 29

Grösste Differenz eines Tages 6°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 10‴, 7	28″, 6‴, 0	27°, 1‴, 3

Grösste Differenz eines Tages 7‴, 4.

Krankenaufnahme 227 männl., 115 weibl. Gestorben 24 männl., 18 weibl.

Vorherrsehende Krankheiten: Blattern, Lungencatarrh und Rheumatismus.

Februar.

Häufiger Wechsel der Witterung; steter Kampf der südwestlichen und nordöstlichen Winde, aber mehr Kälte.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster	Mittel des Minimum.
+ 0°, 47	+ 2°, 88	+ 1°, 86	— 9°	— 2°, 66

Grösste Differenz eines Tages 8°, 7.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 11‴, 2	28″, 6‴, 0	27″, 2‴, 4

Grösste Differenz eines Tages 7‴, 6.

Krankenaufnahme: 187 männl., 100 weibl. Gestorben: 26 männl., 18 weibl.

Vorherrschende Krankeiten: Lungencatarrhe, welche noch reichlicher vorkamen, als im vorhergehenden Monat, wogegen sich weniger Rheumatismus zeigte und die Zahl der Blatterkranken abgenommen hatte.

März.

Grosse Veränderlichkeit der Witterung, vorherrschender Südwestwind, doch mehrere rauhe Wintertage; viel Regen und Schnee.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 2°, 019.	+ 8°, 7	+ 4°, 45	— 6°, 4	— 0°, 41

Grösste Differenz eines Tages 7°, 8.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 10‴, 9	28″, 3‴, 3	27″, 2‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 9‴, 5.

Krankenaufnahme: 232 männl., 108 weibl. Gestorben: 25 männl., 16 weibl.

Vorherrschende Krankheiten: Catarrhe und entzündliche Affectionen der Respirationsorgane, namentlich der Pleura; ausserdem Wechselfieber und acute Darmcatarrhe; Blattern und Rheumatismus in demselben Verhältniss, wie im Februar.

April.

Vorherrschender Nordostwind; viel heitere Tage, aber rauhes Wetter.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 6°, 21	+ 13°, 8	+ 10°, 2	0, 0	+ 2°, 3

Grösste Differenz eines Tages 12°, 13.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höehster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 9	28″, 6‴, 8	27″, 4‴, 7

Grösste Differenz eines Tages 5‴.

Krankenaufnahme: 214 männl., 91 weibl. Gestorben: 37 männl., 16 weibl.

Vorherrschende Krankheiten: entzündliche und catarrhalische Affectionen der Respirationsorgane und Wechselfieber, letztere gegen den vorigen Monat bedeutend häufiger; Blattern und Rheumatismus geringer, so auch die Zahl der Darmcatarrhe.

Mai.

Im Ganzen warmes Wetter, doch war der Anfang und das Ende des Monats kalt. Anfangs Nordost-, dann vorherrschend Südwestwind; viel Regen.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höehster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 11°, 38	+ 22°, 2	+ 15°, 38	+ 2°, 2	+ 7°, 3

Grösste Differenz eines Tages 13°, 2.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 1	28″, 7‴, 2	27″, 7‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 7‴.

Krankenaufnahme: 209 männl., 76 weibl. Gestorben: 35 männl., 11 weibl.

Vorherrschende Krankheiten: Wechselfieber, deren Zahl noch immer im Steigen war; dagegen nahmen die catarrhalischen und entzündlichen Affectionen der Respirationsorgane ab, die Blattern verminderten sich fortwährend, die acuten Darmcatarrhe dauerten in mässigem Grade fort.

Juni.

Witterung veränderlich und regnicht; vorherrschend Südwest-, dann Südostwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 13°, 99	+ 23°, 4	+ 18°, 22	+ 5°, 1	+ 9°, 8

Grösste Differenz eines Tages 12°, 5.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 4	28″, 3‴, 3	27″, 9‴, 4

Grösste Differenz eines Tages 3‴, 8.

Krankenaufnahme: 152 männl., 70 weibl. Gestorben: 22 männl., 14 weibl.

Vorherrschende Krankheiten blieben noch die Wechselfieber, obwohl sie gegen den vorigen Monat schon abnahmen, es zeigten sich mehr Typhusfälle; die catarrhalischen und namentlich die entzündlichen Affectionen der Respirationsorgane waren sehr vermindert, dagegen kam etwas mehr Gelenkrheumatismus vor. Acute Darmcatarrhe waren fast gar nicht vorhanden; die Blattern nahmen stark ab.

Juli.

Unregelmässige Witterung, doch mehr heitere Tage; die Windrichtung sehr abwechselnd.

Thermometerstand.

Mittlerer	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster	Mittel des Minimum.
+ 13°, 98	+ 25°, 2	+ 18, 013	+ 7°, 7	+ 10°, 19

Grösste Differenz eines Tages 11°, 3.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 1‴, 2	28″, 4‴, 0	27″, 11‴, 3

Grösste Differenz eines Tages 3‴, 4.

Krankenaufnahme: 123 männl., 45 weibl. Gestorben: 15 männl., 14 weibl.

Vorherrschende Krankheiten waren Wechselfieber, obwohl diese schon gegen den vorigen Monat merklich im Abnehmen waren; es zeigten sich viele acute Darmcatarrhe, sonst waren alle acuten Krankheiten nur in geringer Zahl vorhanden; die Blatternepidemie war im Erlöschen.

August.

Kältere Witterung, meist trübe und regnicht; vorherrschend Südwestwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 13°, 46	+ 21°, 9	+ 16°, 88	+ 7°, 6	+ 10°, 32

Grösste Differenz eines Tages 12°.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27‴, 11‴‴, 1	28‴, 1‴‴, 3	27‴, 8‴‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 2‴‴, 11.

Krankenaufnahme: 104 männl., 49 weibl. Gestorben: 22 männl., 7 weibl.

Die Wechselfieber nahmen ab, dagegen zeigten sich mehr Typhusfälle; die Darmcatarrhe hatten wieder aufgehört; von entzündlichen Affectionen der Respirationsorgane war in diesem, wie im vorhergehenden Monate, wenig zu bemerken.

September.

Abwechselnde Witterung, häufig Regen und Kühle; vorherrschend Südwestwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 11°, 42	+ 18°, 3	+ 14°, 21	+ 4°, 8	+ 8°, 23

Grösste Differenz eines Tages 8°, 7.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28‴, 0‴‴, 8	28‴, 5‴‴, 5	27‴, 8‴‴, 3

Grösste Differenz eines Tages 3‴‴, 9.

Krankenaufnahme: 88 männl., 55 weibl. Gestorben: 20 männl., 14 weibl.

Vorherrschend war eigentlich keine Krankheit: die Wechselfieber hatten fast aufgehört, es kamen wenige Typhusfälle und etwas mehr acute Darmcatarrhe vor, als im vorigen Monat.

October.

Die Witterung war sehr regnicht; es herrschte vorzugsweise Südwestwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 7°, 55	+ 14°, 0	+ 9°, 79	+ 0°, 1	+ 5°, 13

Grösste Differenz eines Tages 7°, 5.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 11	28″, 5‴, 2	27″, 4‴, 2

Grösste Differenz eines Tages 7‴, 10.

Krankenaufnahme: 120 männl., 47 weibl. Gestorben: 18 männl., 19 weibl.

Die vorherrschende Krankheit war Abdominaltyphus, nächst diesem Catarrhe der Lungen und des Darmcanals; Wechselfieber gering, doch mehr, als im September.

November.

Meist bedeckte, trübe, neblige Luft. Vorherrschend Ost-, Nordost- und Südostwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
+ 2°, 05	+ 9°, 4	+ 3°, 49	— 2°, 8	+ 0°, 32

Grösste Differenz eines Tages 7°, 4.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
28″, 0‴, 8	28″, 5‴, 8	27″, 4‴, 5

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 7.

Krankenaufnahme: 111 männl., 62 weibl. Gestorben: 23 männl., 3 weibl.

Vorherrschend waren Catarrhe der Respirationsorgane; Pneumonie war selten, Pleuritis etwas häufiger, Gelenkrheumatismus weniger, als im vorigen Monat; der Abdominaltyphus war sehr verringert; wenige Fälle von Wechselfieber zeigten sich noch.

December.

In der ersten Hälfte war trübe, neblige Luft, regnichtes und stürmisches Wetter; in der letzten Hälfte Kälte und Schneefall bei Südwestwind.

Thermometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Mittel des Maximum.	Niedrigster.	Mittel des Minimum.
— 0, 953	+ 5°	+ 0°, 287	— 8°, 8	— 2°, 384

Grösste Differenz eines Tages 6°, 1.

Barometerstand.

Mittlerer.	Höchster.	Niedrigster.
27″, 10‴, 2	28″, 4‴, 0	27″, 3‴, 0

Grösste Differenz eines Tages 4‴, 7.

Krankenaufnahme: 116 männl., 65 weibl. Gestorben: 24 männl., 13 weibl.

Vorherrschende Krankheiten waren: Catarrhe der Respirationsorgane und des Darmcanals, Pneumonie und Muskelrheumatismus; es kamen noch einige Fälle von Abdominaltyphus und sehr wenige von Wechselfieber vor.

Die Todesfälle auf der inneren Station vertheilten sich auf die verschiedenen Altersperioden in folgender Weise:

Es starben in dem Alter	von	0	bis	1	Jahr	5	m., 4	w.
	„	1	„	10	„	5	„ 7	„
	„	10	„	20	„	21	„ 8	„
	„	20	„	30	„	79	„ 25	„
	„	30	„	40	„	45	„ 18	„
	„	40	„	50	„	44	„ 27	„
	„	50	„	60	„	45	„ 16	„
	„	60	„	70	„	34	„ 34	„
	„	70	„	80	„	11	„ 17	„
	„	80	„	90	„	2	„ 7	„
							291 m., 163 w.	

Abdominaltyphus.

Die Zahl der im Jahre 1860 behandelten Fälle war bedeutend geringer, als im vorigen Jahre; in letzterem war dagegen die Sterblichkeit günstiger. Beide Abweichungen fanden indess nur bei männlichen Kranken statt, denn es wurde gegen 1859 eine weibliche Kranke mehr aufgenommen und die Zahl der gestorbenen weibl. Kranken vermehrte sich nicht. Die Aufnahme der Typhus-Kranken war am stärksten in den Monaten August und October. Die Krankheit war im Allgemeinen intensiver als im vorhergehenden Jahre; auch die günstig verlaufenen Fälle hatten häufig einen unregelmässigen und schleppenden Verlauf.

Der Bestand war am 1. Januar 1860 7 m. 2 w. Kranke, von denen keine starben.

Aufgenommen wurden

im	Januar . . .	4	m.	1	w.	Kranke,	von	denen	1	m.	—	w. starben,
„	Februar . .	3	„	—	„	„	„	„	1	„	—	„ „
„	März	3	„	1	„	„	„	„	1	„	—	„ „
„	April	1	„	1	„	„	„	„	—	„	—	„ „
„	Mai	2	„	—	„	„	„	„	—	„	—	„ „
„	Juni	5	„	1	„	„	„	„	3	„	1	„ „
„	Juli	2	„	1	„	„	„	„	—	„	—	„ „
„	August . .	10	„	3	„	„	„	„	2	„	1	„ „
„	September	7	„	4	„	„	„	„	2	„	1	„ „
„	October . .	15	„	1	„	„	„	„	3	„	—	„ „
„	November	7	„	3	„	„	„	„	2	„	—	„ „
„	December.	6	„	3	„	„	„	„	1	„	—	„ „
		65	m.	18	w.	Kranke,	von	denen	16	m.	3	w. starben.

Von den Aufgenommenen waren in dem Alter

von	10 - 20	Jahren	22	m.	8	w.,	von	denen-	4	m.	1	w. starben,
„	20—30	„	40	„	9	„	„	„	10	„	1	„ „
„	30—40	„	3	„	1	„	„	„	2	„	1	„ „

Unter den tödtlich verlaufenen Fällen war der eine bei einer 26jährigen Kranken sehr intensiv und von kurzer Dauer gewesen; man fand keine Ablagerung im Darmcanale oder den Mesenterialdrüsen; in einem zweiten, bei einer 40jährigen Schlachtersfrau, waren die gewöhnlichen

Symptome der Krankheit nicht hervorgetreten oder vielmehr unter der Maske verschiedener hysterischer Erscheinungen verborgen geblieben. Im Beginn der fünften Woche bekam die Kranke, welche weder Abscesse, noch Geschwüre vom Durchliegen gehabt hatte, plötzlich ein Erysipelas der behaarten Kopfhaut, welches heftige Schmerzen hervorrief und welches am dritten Tage unter Eruption von Petechien tödtlich endete. Der Tod erfolgte ziemlich plötzlich und unerwartet. Bei der Section fand man im Ileum sparsame eben vernarbte Geschwüre und keine anderweitigen bemerkenswerthen Veränderungen. — In einem dritten Falle, bei einem 25jährigen Schlossergesellen, war der Verlauf im Ganzen etwas unregelmässig gewesen, jedoch schien am Ende der dritten Woche die Reconvalescenz einzutreten, Puls und Temperatur hatten sich wieder der Norm genähert, ohne sie jedoch zu erreichen, der Kranke fühlte sich besser und bekam Appetit; am Ende der vierten Woche fing die Temperatur wieder an zu steigen und bald auch vermehrte sich die Pulsfrequenz, obgleich der Kranke sich wohl fühlte, eine reine Zunge und guten Appetit hatte. Wenige Tage später konnte man Dämpfung in beiden hinteren Brusthälften, vorzüglich rechts, mit klein- und grossblasigen Rasselgeräuschen wahrnehmen, der Kranke fing an zu deliriren, bekam unwillkührliche Auslcerungen und starb am Ende der sechsten Woche. Man fand in beiden Pleurasäcken ziemlich viel gelbbräunliches flüssiges Exsudat, rechts mit weichen Gerinnseln vermischt, fleischartige Verdichtung der unteren Lungenlappen, Erweiterung der kleineren Bronchialäste und Anfüllung derselben mit eitrigem Secret; die Milz war gross, dunkel und weich, im Darmcanale fand man ausser punctirter schwärzlicher Färbung der untersten Peyerschen Drüsengruppen im Ileum keine auf Abdominaltyphus zu beziehende Veränderung.

Von den übrigen Verstorbenen starben 5 m. 1 w. im Stadium der Infiltration der Darmdrüsen mit beginnender Necrosirung, 1 m. starb bei eben begonnener Geschwürsbildung an diffuser interstitieller Nephritis, welche mit peritonitischen Erscheinungen auftrat; ein junger Matrose, welcher einen Theil der Krankheit auf der Seereise hatte durchmachen müssen, starb im Ulcerationsstadium; er litt ausserdem noch an Pyelitis renalis calculosa. Drei männliche Kranke starben an Perforation des Darmcanals. In dem einen von diesen Fällen war der Eintritt der Perforation durch einen Schüttelfrost und das Auftreten heftiger Leibschmerzen deutlich bezeichnet; in dem zweiten Falle waren bei der Aufnahme des Kranken, eines 17jährigen Matrosen, die Erscheinungen der Peritonitis schon vorhanden, er starb fünf Tage nach der Aufnahme; in dem dritten Falle, bei einem 33jährigen Fabrikarbeiter, war der Eintritt der Perforation nicht deutlich, man entdeckte das Vorhandensein von Peritonitis am vierten Tage seiner Anwesenheit im Krankenhause; der Tod erfolgte erst 11 Tage später, etwa am 29sten Tage der Krankheit.

Recrudescenz des Typhusprocesses wurde bei einem 33jährigen Küpergesellen beobachtet; ein Recidiv von 12tägiger Dauer kam bei einem 25jährigen Schlachtergesellen vor, beide Fälle endigten glücklich.

Darmblutung war bei 3 m. 1 w. Kranken beobachtet, einmal mit tödtlichem Ausgange bei einem 20jährigen Kellner am Anfange der dritten Woche, in den übrigen Fällen trat Genesung ein.

Lobäre Pneumonie kam bei 3 männl. Kranken vor, einmal mit tödtlichem Ausgange.

Pleuritis zeigte sich bei 2 männl. Kranken und veranlasste in beiden Fällen den Tod.

Abseessbildung wurde nur einmal bei einem 18jährigen Zimmergesellen in der Reconvalescenz beobachtet.

Geistesstörung zeigte sich dreimal; einmal bei einem 20jährigen Commis in der dritten Woche der gar nicht intensiv verlaufenen Krankheit, nachdem das Fieber schon erloschen war; das anderemal bei einem 22jährigen Dienstmädchen unter Form des Blödsinns nach einem unter starkem Sopor verlaufenen Typhus; das drittemal in der Form von melancholischer Aufregung bei einem 21jährigen Matrosen. In allen Fällen war die Wirkung einer roborirenden Diät auffallend günstig: in dem letzteren Falle entstand, nachdem die geistige Störung schon ganz verschwunden schien, auf einmal ein heftiger Rückfall der Angst und Aufregung. Der Kranke musste auf die Irrenstation verlegt werden, ward dort jedoch hergestellt.

Intermittens.

Der Krankenbestand war am 1. Januar 1860	2	m.	—	w.	Kr.
Aufgenommen wurden im Januar. . . .	5	„	1	„	„
„ Februar. . .	7	„	2	„	„
„ März.	15	„	3	„	„
„ April	26	„	8	„	„
„ Mai.	34	„	4	„	„
„ Juni	32	„	6	„	„
„ Juli.	24	„	1	„	„
„ August . . .	17	„	3	„	„
„ September .	4	„	—	„	„
„ October. . .	8	„	—	„	„
„ November .	6	„	—	„	„
„ December .	2	„	—	„	„
Summe der Aufgenommenen. . . .	180	m.	28	w.	Kr.
Bestand am 1. Januar 1861	2	„	—	„	„

Die Zahl der Wechselfieber hatte, wie überhaupt seit 1858, beträchtlich zugenommen; in diesem Jahre waren nur 65 m. 10 w. Kranke aufgenommen, 1859 dagegen 131 m. 12 w., welche Zahl noch beträchtlich hinter der des Jahres 1860 zurückbleibt. Während jedoch 1859 sich öfter anomale Formen zeigten und auch Fälle von Melanämie vorkamen, so zeigten sich die Fieber des Jahres 1860 sehr gutartig, sie wichen leicht dem Chinin und wenn auch mitunter Recidive vorkamen, so zeigten diese doch keine Hartnäckigkeit und die Krankheit hinterliess bei einigermassen zweckmässigem Verhalten keine üblen Folgen. Die Gabe des Chinin war in der Regel 3 Gran zweistündlich, es genügten gewöhnlich 36 Gran, um das Fieber zu beseitigen, wenn der Anfall nicht zu nahe bevorstand; in Fällen der letzteren Art gelang es mit wenigen grösseren Gaben nicht immer, dem Anfall vorzubeugen. Selten wurde ein anderes Mittel nebenher, fast nie vorher nöthig. Die Warnung, das Chinin nicht zu früh und nicht bei belegter Zunge zu geben, ist offenbar aus den Zeiten auf uns herübergekommen, wo man die Chinarinde in Pulver oder Decoct gab; hier musste es allerdings darauf ankommen, dass der Magen im Stande war, ein schwer verdauliches Mittel zu vertragen; beim Chinin fällt diese Sorge weg und da man bei perniciösen Fiebern ganz allgemein einig ist, dass man ohne Verzug Chinin geben soll, da man ferner dies Mittel im Typhus und Rheumatismus acutus in grossen Gaben ohne Nachtheil giebt, so ist nicht einzusehen, wesshalb man zögern solle, es im gewöhnlichen Wechselfieber zu geben, auch ohne dass die Intermissionen ganz frei von Krankheitssymptomen sind. Dass die Wirkung durch den Zustand des Magens mitunter behindert werden kann, so wie dass durch das Chinin die das Wechselfieber complicirenden Zustände nicht immer mit beseitigt werden, kann nicht gegen den frühen Gebrauch des Mittels sprechen. — Das Chinin wurde nach beseitigtem Anfalle noch eine Zeit lang fortgegeben.

Malariacachexie kam in zwei Fällen zur Behandlung, von denen einer, bei einem 33jährigen Galanteriearbeiter, unter Hinzutritt von hartnäckigem Dickdarmcatarrh mit Geschwüren tödtlich verlief. Dieser Kranke hatte eine schwärzlich-gelbe Farbe und einen starken Milztumor; seit einem Jahre hatte er an stets wiederkehrendem Wechselfieber gelitten. Weder die Untersuchung des Bluts während des Lebens, noch die der Organe nach dem Tode wies eine Ausscheidung von schwarzem Pigment nach.

Von den zur Behandlung gekommenen Wechselfieberkranken zeigten den

Quotidian-Typus	65 m.	16 w.
Tertian- „	84 „	11 „
Quartan- „	6 „	— „
Irregulären Typus zeigten	12 „	— „
Nur ein Fieberanfall kam vor bei	12 „	— „
intermittirende Neuralgieen bei	6 „	2 „
intermittirender Brechdurchfall bei	1 „	— „

Unter diesen Fällen waren bei 16 m. 1 w. Recidive, von denen eines im Krankenhause selbst eintrat.

Von den nicht mit Fieber verbundenen Fällen von Intermittens litten 5 m. 1 w. Kranke an täglich wiederkehrendem Kopfschmerz, eine Kranke an intermittirendem Schmerz im rechten Oberarm, ein 26jähriger Matrose an intermittirender Colik; diese trat mit ungemeiner Heftigkeit auf und wurde zuerst für Bleicolik gehalten, indem der Kranke den bekannten blauen Rand am Zahnfleische zeigte und früher an Bleicolik gelitten hatte. Beim dritten Anfalle trat indessen der Tertiantypus zu deutlich hervor, als dass man den wirklichen Character hätte verkennen können; das Chinin erwies sich auch sofort hülfreich. Bei einem 27jährigen Steuermanne, welcher öfter in Afrika an Wechselfieber gelitten hatte, von anämischem Aussehen und etwas hydropisch war, bestand ein nach dem Tertiantypus wiederkehrender Brechdurchfall, welcher dem Chinin wich.

Blattern.

Der Bestand war am 1. Januar 1860	81 m.	56 w.	Kr.
Von diesen starben	4 „	5 „	„
Es wurden aufgenommen im Januar	85 m.	51 w.	Kr.
„ Februar	59 „	36 „	„
„ März	71 „	31 „	„
„ April	43 „	23 „	„
„ Mai	30 „	20 „	„
„ Juni	13 „	18 „	„
„ Juli	8 „	1 „	„
„ August	2 „	— „	„
„ September	4 „	— „	„
„ October	1 „	1 „	„
„ November	4 „	— „	„
„ December	3 „	— „	„
Gesammtzahl der Aufgenommenen	323 m.	181 w.	Kr.
Von diesen starben	10 „	12 „	„

Im Krankenhause selbst erkrankten im Laufe des Jahres 1860 49 männl. 36 weibl. Kranke. Die in den beiden letzten Monaten vorgekommenen Fälle sind fast ausschliesslich nur solche, welche im Krankenhause selbst erkrankten, ohne dass es möglich war, die Ansteckungsquelle auch nur mit einiger Sicherheit anzugeben. Selbst bei einer so ausgezeichnet ansteckenden Krankheit, wie die Blattern, müssen immer noch begünstigende Momente besonderer, wenn auch nicht bekannter Art, hinzukommen, wenn eine allgemeinere Verbreitung erfolgen soll. Dies war hier bei der letzten Blatternepidemie recht deutlich. Denn mit Ausnahme der letzt erwähnten Fälle, welche alle aus einer beschränkten Localität des Krankenhauses herrührten, zeigte sich seit Juli ein deutliches und stetig fortschreitendes Erlöschen der Epidemie, trotzdem dass begünstigende Einflüsse für die Ansteckung nach wie vor bestanden. Denn der stete Zufluss von fremden Handwerkern, Dienstboten, Matrosen und Reisenden aller Art war durch nichts unterbrochen, so dass von einer Durchseuchung der Bevölkerung nur in unvollkommenem Grade die Rede sein konnte. Es sind später Blatternkranke aus Amerika hierher gekommen, ohne hier wieder eine Blatternepidemie zu erregen, ja ohne einmal ihre Schiffsgenossen anzustecken; wenigstens wurden diese hier nicht befallen. — Die Abnahme der Epidemie zeigte sich auch deutlich in der Abnahme der Intensität der Fälle, auch abgesehen von dem nachtheiligen Einfluss, den nothwendiger Weise eine überfüllte Krankenstation auf den Verlauf der Krankheit hat. Letzterer Einfluss machte sich leider eine Zeit lang deutlich bemerkbar; die Ueberfüllung dauerte jedoch zum Glücke nicht lange. Es sind in dieser Beziehung die in den Hospitälern befindlichen Blatternstationen im Gegensatz zu den abgesonderten Blatternhäusern in einer sehr ungünstigen Lage, weil sie die grosse Zahl der Reconvalescenten, der Verbreitung der Krankheit halber, nicht in's Freie schicken können und aus demselben Grunde die Erweiterung der Station auf Schwierigkeiten stösst. Der Errichtung eines eigenen Pockenhauses stehen für das Hamburger allgemeine Krankenhaus grosse Schwierigkeiten entgegen, welche zunächst in dem grossen Umfange eines solchen liegen. Es müsste ein solches bequem 100 Kranke beiderlei Geschlechts fassen können, denn eine so grosse Anzahl von Blatternkranken waren erfahrungsgemäss schon zu gleicher Zeit im Krankenhause; ferner müsste ein derartiges Gebäude, mit dem nöthigen Administrationspersonal stets zum Gebrauche bereit, oft über ein Jahr lang ganz unbenutzt bleiben. Aus diesem Umstande ist es bisher nicht zu der Er-

bauung eines eigenen Gebäudes für Blatternkranke gekommen, um so mehr, weil bedeutendere Epidemieen nur in grösseren Zwischenräumen vorkamen. Die letzte Epidemie hat übrigens auch an anderen Orten, wo abgeschlossene Gebäude für Blatternkranke bestanden, durch ihre Ausdehnung Ueberfüllung der Localitäten herbeigeführt und diese selbst waren mitunter, trotz der Ueberfüllung, nicht ausreichend.

Die wichtigeren Verhältnisse der letzten Blatternepidemie habe ich vom 1. December 1859 an statistisch weiter unten zusammengestellt.

Scharlach.

Der Bestand am 1. Januar 1860 war.	— m.	3 w.	Kr.
Im Laufe des Jahres wurden aufgenommen. .	7 „	19 „	„
Es starben.	1 „	1 „	„
Bestand am 1. Januar 1861	— „	2 „	„

Die weibliche Verstorbene, ein 7jähriges Mädchen, starb schon wenige Stunden nach der Aufnahme; die Section wies ausser dem gewöhnlichen Befunde bei acuten exanthematischen Fiebern, keine bemerkenswerthe Abweichung nach. Der männliche Kranke, 20 Jahre alt, starb an Pyämie.

Diese entwickelte sich mit dem Beginne der Desquamation und mit anfangs sehr geringfügigen Symptomen, nämlich einer Eruption sparsamer, discreter Eiterblasen auf der Körperoberfläche und einem mässigen Schmerz im rechten Arme, anfangs ohne Fieber; schon in der nächsten Nacht trat Fieber, Erbrechen und blutiger Durchfall ein, welcher letztere in mässigem Grade in den nächsten Tagen fortdauerte. Der Kranke fieberte beständig und sank rasch zusammen; 6 Tage nach dem Ausbruche des eitrigen Ausschlages zeigten sich schmerzhafte Anschwellungen des rechten Ellenbogen- und linken Schultergelenks, zu denen sich am Tage darauf auch Anschwellung des rechten Hand- und Fussgelenkes gesellten. Am nächsten Tage erfolgte der Tod, funfzehn Tage nach der Aufnahme des Kranken und neun Tage nach dem ersten Auftreten der pyämischen Symptome. Schüttelfröste waren nie vorhanden, der Scharlachausschlag war stark entwickelt, das Fieber entsprechend stark, aber ohne irgend welche beunruhigende Symptome gewesen. Bei der Section wurde diphtheritisches Exsudat der Rachen- und Kehlkopfsschleimhaut, so wie der Schleimhaut des unteren Theils des Ileum gefunden, ausserdem keilförmige Ablagerungen in den Lungen und Eiteransammlungen in allen während des Lebens schmerzhaften Gelenken.

Von den übrigen, nicht tödtlich verlaufenen Fällen sind einige Fälle hervorzuheben, wo einzelne characteristische Symptome fehlten. So bekam ein 23jähriger Stuhlmachergesell, welcher sich nachweisbar dem Contagium ausgesetzt hatte, Angina und ein leichtes Ery-

them, ohne nachfolgende Desquamation. Ein 21jähriger Heizer und ein 21jähriges Dienstmädchen litten nur an Angina und bekamen später deutliche Desquamation.

Ungewöhnlich war der Verlauf bei der 30jährigen Frau eines Arbeitsmannes, welche im bewusstlosen Zustande am 26. April in's Krankenhaus gebracht wurde.

Sie war nach Aussage ihrer Begleitung vier Wochen vor der Aufnahme entbunden und einige Zeit darauf mit einem Schüttelfrost erkrankt. Nähere Angaben fehlten. Sie war abgemagert, hatte einen kleinen Puls von 120 Schlägen, fast normale Hauttemperatur; die Pupillen erschienen etwas erweitert, die Augen injicirt; der Mund war geschlossen, Lippen und Zähne mit braunem, zähen Schleim bedeckt. Der Leib schien bei der Berührung etwas zu schmerzen, liess sonst keine Veränderung bemerken; die Milz war nicht vergrössert, aus der Vagina floss etwas Blut. Sie erhielt kalte Umschläge auf den Kopf und innerlich Salzsäure. Am nächsten Tage war die Pulsfrequenz auf 108 Schläge gesunken, die Pupillen waren nicht mehr erweitert, die Ausleerungen waren aber noch unwillkührlich. Am dritten Tage sprach die Kranke schon einige Worte, gab aber meist ihre Wünsche nur durch Zeichen und Geberden zu verstehen; vom vierten Tage an ward sie immer besinnlicher, hatte einen ganz ruhigen Puls und klagte nur über Schwäche. Am achten Tage fing sie an, stark zu desquamiren; eins ihrer Kinder war in den ersten Tagen nach ihrer Aufnahme mit Scharlach in's Krankenhaus aufgenommen. Die Reconvalescenz erlitt keine weitere Störung.

Schleppend und unregelmässig war der Verlauf bei einem 21jährigen Bäckergesellen.

Er erkrankte am 3. August mit allgemeinem Unwohlsein, Kopfschmerz und Gliederschmerz; am 4. bekam er Frost, der sich nicht wiederholte, dem aber anhaltendes Fieber folgte. Am 9. August ward er in's Krankenhaus aufgenommen. Die Hauttemperatur war hoch (32,3 R), der Puls machte 84 Schläge, die Zunge war dick weiss belegt, die Pupillen vorn geröthet und hervortretend, der Stuhlgang fehlte; im Uebrigen waren nur die Erscheinungen eines heftigen Fiebers zugegen, aber keine Angina. Am Abend zeigte sich auf dem Körper und im Schlunde eine fleckige Röthe, ohne Schlingbeschwerden. Die Temperatur war am nächsten Tage bedeutend geringer (31,5), der Puls aber frequenter, das Exanthem hatte sich deutlicher entwickelt. Am 11. August klagte der Kranke über Eingenommenheit des Kopfes und Betäubung, was sich nach einer Uebergiessung mit kaltem Wasser besserte; nach einem guten Schlafe war am 12. die Temperatur 31,8, der Puls von 84 Schlägen; die Oeffnung war dreimal erfolgt; das Exanthem blasste ab; am Abend sank die Temperatur auf 30°. In der Nacht war der Schlaf unruhig, der Kranke hatte Schmerzen im Hinterkopf und wieder am anderen Morgen erhöhte Hauttemperatur (31,4), der Puls machte 84 Schläge, der Urin enthielt kein Eiweiss. Am Nachmittage Zunahme des Kopfschmerzes, der Kranke ward unruhig und benommen, wesshalb ihm Blutigel gesetzt und einige Gaben von Calomel zu gr. VI gegeben wurden. Es trat später noch Nasenbluten

ein und der Kranke war Tags darauf erleichtert, die Temperatur war auf 30,8, der Puls auf 76 Schläge herabgesunken; die Temperatur stieg in den nächsten Tagen jedoch wieder, ohne bemerkenswerthe Symptome und sank dann allmählig zur Norm herab. Am 23. trat die Desquamation ein, zwei Tage später klagte der Kranke über stechende Schmerzen in der rechten Brusthälfte, ohne dass die physicalische Untersuchung etwas Wesentliches nachwies; die Temperatur war auf 32,2 erhöht; nach acht Schröpfköpfen verlor sich diese Erscheinung. Erst vier Tage später war die Temperatur normal und die Reconvalescenz schritt seitdem ungestört fort. Eiweiss war nie im Urin.

Masern.

Schon in dem Berichte über das Jahr 1859 ist bemerkt, dass nur wenig Kranke im Verhältniss zu der starken Masernepidemie in's Krankenhaus kamen. Dasselbe gilt von dem Jahre 1860, doch war die Zahl der im Krankenhause Behandelten in diesem Jahre viel grösser. Der Verlauf war, einzelne intensivere Fälle abgerechnet, im Allgemeinen sehr gutartig und milde, so dass im Krankenhause kein Todesfall vorkam. Hierzu trug indessen auch der Umstand bei, dass die meisten Kranken zwischen 16 und 32 Jahren alt waren und kein Kind unter 10 Jahren, kein Kranker über 42 Jahre in's Krankenhaus kam.

Der Bestand am 1. Januar 1860 war . . . . . 7 m. 3 w. Kr.
Im Laufe des Jahres wurden aufgenommen . 30 „ 11 „ „
Am 1. Januar 1861 befand sich kein Kranker mit Masern im Krankenhause.

Bemerkenswerth ist der Fall eines 16jährigen Fabrikarbeiters, welcher nie an Epilepsie litt, ebensowenig erbliche Anlagen zu dieser Krankheit hatte. Er ging am 25. Juni ganz gesund an die Arbeit, wurde bei derselben auf einmal übel, ohne indess zum Erbrechen zu kommen, bekam dann Kopfschmerz, klonische Krämpfe in Armen und Beinen, endlich Bewusstlosigkeit. In diesem Zustande wurde er ins Krankenhaus gebracht. Die Haut war heiss, der Puls von 76 Schlägen, die Pupillen waren etwas verengt, reagirten aber gehörig; nirgends Erscheinung von Lähmung oder Krampf einzelner Muskelpartieen. Nach kalten Umschlägen, einem Klystier und einem Pulver von Calomel und Jalapa kehrte am Nachmittage ganz allmählig das Bewusstsein wieder, indem der Kranke anfangs noch betäubt blieb und sich mehr instinctartig bewegte. Auf Befragen gab er zu, dass er an Kopfschmerz leide. Der Puls hob sich auf 80 Schläge, die Pupillen wurden normal weit. Am nächsten Tage war der Kranke ganz bei freiem Bewusstsein, behielt einen etwas beschleunigten Puls von etwa 88 Schlägen und hatte bisweilen Zuckungen in den Muskeln der Ober- und Unterschenkel. Am 30. brach ein papulöses rothes Exanthem hervor und am 1. Juli war eine starke Maserneruption mit Coryza und allen den gewöhnlichen Symptomen vorhanden. Der Verlauf der Krankheit war von nun an ohne irgend ein ungewöhnliches Symptom.

Erysipelas.

Wegen dieser Krankheit wurden 12 männl., 6 weibl. Kranke aufgenommen; indessen entwickelte sich bei manchen wegen anderer Affectionen aufgenommenen Kranken Erysipelas: namentlich war dies der Fall bei Blatternkranken. Die häufigste Form war das Erysipel der Kopfhaut, meist im Gesichte beginnend, dann das der Füsse und Unterschenkel. Meist blieb die Krankheit auf einen gewissen Bezirk beschränkt, in einigen Fällen wanderte sie weiter auf den Rumpf. Ein solcher Fall endigte bei einem 20jährigen Knechte tödtlich.

Das Erysipelas hatte sich, nachdem fieberhafte Vorboten vorhergegangen waren, am rechten Ohre entwickelt. Von hier schritt es über den ganzen Kopf und von hier weiter auf Brust und Rücken; Fieber und Sopor war dabei anhaltend zugegen, der Urin enthielt Eiweiss und einige Exsudatcylinder. Bei der Section fand man die Nieren gross, derbe, die Corticalsubstanz blassgelb, mit streifigen und sternförmigen Injectionen; die Milz gross, etwas fest, die Leber fetthaltig; in der linken Pleurahälfte ein nicht bedeutendes, theils weiches, membranöses, theils flüssiges Exsudat.

Tödtlich verlief das Erysipelas auch bei einer 73jährigen Frau, welche dasselbe in Folge einer Kopfverletzung bekommen hatte, und bei einer 66jährigen Frau, welche, im Verlaufe des Erysipels am Kopfe, einen Carbunkel des Rückens mit Pleuritis bekam.

Das Erysipelas trug als Complication bei anderen Krankheiten zum tödtlichen Ausgange bei, so bei Variola, bei circumscripter Pleuritis, bei Tuberculose, bei Abdominaltyphus.

Acuter Gelenkrheumatismus.

Der Bestand war am 1. Januar 1860	8	m.,	3	w.	Kr.
Aufgenommen wurden im Januar	10	„	5	„	„
„ Februar	5	„	3	„	„
„ März	8	„	4	„	„
„ April	2	„	4	„	„
„ Mai	3	„	4	„	„
„ Juni	7	„	3	„	„
„ Juli	3	„	—	„	„
„ August	4	„	5	„	„
„ September	5	„	4	„	„
„ October	5	„	2	„	„
„ November	4	„	1	„	„
„ December	2	„	2	„	„
Gesammtzahl der Aufgenommenen	58	m.,	37	w.	Kr.
Es starben	1	„	1	„	„

Im Jahre vorher betrug die Zahl der Aufgenommenen 76 m. 38 w., so dass im Jahre 1860 sich eine Verminderung zeigt. Das Sterblichkeitsverhältniss war dabei ein viel günstigeres. Von epidemischem Auftreten war kaum zu reden; hervorzuheben ist in dieser Hinsicht nur der Monat Juni, welcher seiner Temperatur und der unbeständigen Witterung nach mit unserem Frühling zu vergleichen war.

Von den Todesfällen war der eine, bei einem 24jährigen Zimmergesellen, am 11. Tage der Krankheit durch plötzliches Auftreten von nervösen Zufällen veraulasst, der zweite, bei einer 41jährigen Arbeiterin, war durch Gelenkcaries und Pyämie bedingt. Der Ausgang war bei den übrigen Kranken in Bezug auf das Leben zwar günstig, jedoch bei manchen blieben Klappenerkrankungen des Herzens zurück, bei 2 männl. 1 weibl. Kranken ging die Krankheit in chronischen Gelenkrheumatismus über, bei 2 männl. 3 weibl. fixirte sich die Krankheit im Verlaufe auf ein einzelnes Gelenk mit solcher Hartnäckigkeit, dass eine grössere oder geringere Beeinträchtigung desselben zurückblieb. Der gutartige Character der Krankheit geht namentlich aus der grossen Zahl von fieberlos verlaufenden Fällen hervor: das Fieber fehlte nämlich bei 9 m. 5 w. Kranken; bei 3 m. 4 w. war nur ein einziges Gelenk ergriffen, nämlich das Knie bei 1 m. 2 w., das Fussgelenk bei 1 m. 1 w., das Hüftgelenk bei 1 m., die Hand bei 1 w. Kr. Es waren weder entzündliche, noch nervöse Complicationen in ungewöhnlicher Häufigkeit vorhanden; von letzteren ist ausser dem oben erwähnten, tödtlich verlaufenen Falle noch einer weiblichen Kranken zu erwähnen, welche eine Zeit lang Geistesstörung in der Form einer melancholischen Aufregung zeigte, so wie eines männlichen, der mehrere Tage hindurch in einem Zustande von Stupor sich befand.

Ich verweise übrigens auf die weiter unten befindliche Zusammenstellung einiger Fälle von Gelenkrheumatismus mit nervösen Zufällen.

An entzündlichen Complicationen kamen vor: Pericarditis bei 4 m. 5 w., Endocarditis bei 9 m. 5 w., Pleuritis bei 2 m. 2 w., Iritis bei 1 m., Erysipelas bei 1 w. Kranken. Aeltere Klappenfehler kamen ausserdem bei 4 m. 4 w. Kranken vor. Bei 2 Kranken bestand Blennorrhöe der Urethra, bei einem männlichen Intermittens, bei einem anderen waren kleine Petechien der unteren Extremitäten vorhanden (Peliosis rheumatica). Bei einem männlichen Kranken waren subjective Symptome einer Herz-

affection vorhanden, ohne dass sich eine solche durch die physicalische Untersuchung nachweisen liess.

Die Behandlung war dieselbe, wie in den vorhergehenden Jahren, nämlich wesentlich eine indifferente und symptomatische, wie ich sie in dem ersten Jahrgange meiner klinischen Mittheilungen angegeben habe. Ich habe nach den bisherigen Resultaten der zu verschiedenen Zeiten gepriesenen Heilmethoden, welche den Verlauf des acuten Gelenkrheumatismus abkürzen sollten, auch neuere Methoden zu prüfen bis jetzt Anstand genommen. Einzelne Fälle können in dieser Hinsicht so wenig beweisen, als eine Reihe von Fällen, welche in einem kürzeren Zeitraum beobachtet sind; hier können immer besondere begünstigende Momente vorhanden gewesen sein. Ausserdem zeigen sich bei jeder Behandlungsweise schnelle Heilungen, selbst bei anscheinend grösserer Intensität der Krankheit.

Muskel-Rheumatismus.

Diese Krankheit wurde bei 62 m. 3 w. Kranken behandelt. Von diesen war die Muskelaffection mehr allgemein verbreitet bei 15 m. Kranken, von denen 8 gleichzeitig Fieber hatten. Bei den übrigen waren folgende Körperstellen ergriffen: Brust bei 13 m. 1 w., Bauch bei 4 m. 1 w., Nacken bei 4 m. 1 w., Rücken bei 3 m., Lendengegend bei 10 m., Schulter bei 5 m., Vorderarm bei 1 m., Oberschenkel bei 1 m., Unterschenkel bei 6 m.

Tuberculose.

Die Zeit ist vielleicht nicht mehr fern, wo die Bezeichnung Tuberculose veraltet und unbrauchbar geworden sein wird. Man kann darüber nicht mehr im Unklaren sein, dass von einer tuberculosen Dyscrasie im früheren humoralpathologischen Sinne nicht mehr die Rede sein kann, so wie darüber, dass die Zusammenstellung mancher ganz von einander verschiedener Processe unter dem Namen Tuberculose nicht mehr dem jetzigen Standpuncte der pathologischen Anatomie, sondern einem Zeitraume unvollkommener Entwickelung dieser Wissenschaft entspricht. Es ist aber sehr schwer, einen so eingebürgerten Krankheitsbegriff in seine Einzelheiten aufzulösen und diese wieder anders zu gruppiren. Dies ist nicht das Werk eines Einzelnen und eines Augenblicks, sondern erfordert die Mitwirkung Vieler und einen gewissen Zeitraum. Vorläufig muss man sich in klinischen Zusammenstellungen des Krankheitsbegriffes Tuberculose noch in seiner bisherigen Bedeutung be-

dienen, um nicht unverständlich zu werden und selbst den Haltpunct zu verlieren. Es ist freilich hierbei nicht zu vermeiden, dass manche Fälle hierhergerechnet werden, in denen die Tuberculose nur eine untergeordnetere Rolle im Krankheitsverlaufe spielte, und dies zwar nicht etwa in solchen Fällen, wo Ueberreste eines früheren tuberculosen Processes vorhanden sind, sondern auch in Fällen frischerer Entwickelung. Diese Fälle von secundärer Tuberculose, wo diese noch keine beträchtliche Ausdehnung erreicht hat, kann man von der Zusammenstellung jedoch nicht ausschliessen, wenn man den objectiven Thatsachen nicht subjective Ansichten substituiren und mehr oder minder die Willkühr herrschen lassen will. Der Werth der Zusammenstellung erleidet natürlich einen Abbruch, wenn das Princip derselben ein unrichtiges oder unvollkommenes war, doch lässt sich dies unter den gegebenen Umständen nicht vermeiden.

Der Bestand am 1. Januar 1860 war	28 m.	8 w.	Kr.
Aufgenommen wurden im Laufe des Jahres.	200 „	56 „	„
Entlassen wurden, theils ungeheilt, theils gebessert	60 „	16 „	„
Tuberculose wurde nach dem Tode gefunden bei	148 „	45 „	„

Die Tuberculose wurde bei den Sectionen in folgenden Organen gefunden:

in den Lungen allein	bei 37 m.	15 w.	Kr.
„ „ „ und dem Darmcanal.	„ 87 „	17 „	„
„ „ „ „ dem Kehlkopf. .	„ 13 „	2 „	„
„ „ „ „ den Nieren . . .	„ 28 „	5 „	„
„ „ „ „ dem Bauchfell. .	„ 15 „	2 „	„
„ „ „ „ der Milz.	„ 6 „	— „	„
„ „ „ „ der Leber	„ 4 „	— „	„
„ „ „ „ der Harnblase .	„ 1 „	— „	„
„ „ „ „ dem Gehirn . . .	„ 3 „	— „	„
„ „ „ „ den Hirnhäuten .	„ 3 „	2 „	„
„ „ „ „ den Nebennieren	„ 1 „	— „	„
„ „ „ „ Muttertrompeten	„ — „	— „	„

Die Combination mit Lungentuberculose fehlte nie ganz, obwohl die Lungen bisweilen nur in geringem Grade ergriffen waren. Von den Fällen, wo die Lungen der ausschliessliche Sitz der Tuberculose waren, war bei 6 m. 2 w. die Grundkrankheit chronischer Lungencatarrh mit Emphysem, bei 3 m. 1 w. Krebs des Magens und des Uterus, bei 1 m. angeborene Missbildung des Herzens. —

Unter den entzündlichen Complicationen sind viele, wo das Entzündungsproduct mit Tuberkeln vermischt war. Diese Fälle sind theilweise in obiger Zusammenstellung mit einbegriffen, theils nicht. So kam ausser den oben erwähnten Fällen von Tuberculose des Bauchfells noch bei 11 m. 1 w. Peritonitis vor; bedeutendere Pleuritis bei 29 m. 6 w., von denen bei 4 m. die Pleuritis allem Anschein nach das primäre Uebel war. Lobäre Pneumonie kam bei 7 m. 1 w. Kr. vor, von denen 3 m. 1 w. starben.

Hinsichtlich des Verlaufes waren natürlich viele Verschiedenheiten zu bemerken. Acuter verlief die Krankheit, theils unter der Form eines typhösen Fiebers, theils unter der Form des auf die kleinen Bronchien verbreiteten Catarrhs, bei 7 m. 1 w. Kr. Ausserdem kam noch die acute senile Tuberculose unter der Form einer hämorrhagischen Entzündung mit Entwickelung von Miliartuberkeln bei 1 m. und 2 w. Kr. vor. Der männliche Kranke war 84 Jahr alt und Bewohner der Siechenstation: er hatte ausser einer hämorrhagischen Pleuritis mit Miliartuberkeln noch eine geringe frischere und einige Ueberreste einer älteren Tuberculose in den Lungen; die eine weibliche Kranke war 72 Jahre alt und hatte tuberculöse Pleuritis und Peritonitis, die andere war 91 Jahre alt und hatte nur Pleuritis; in den beiden letzten Fällen war in keinem anderen Organ Tuberculose aufzufinden. — Von besonderen Symptomen dieser merkwürdigen Form der acuten Tuberculose kann nicht die Rede sein; der Verlauf ist sehr rasch und es sind nur die Symptome der Entzündung zugegen, welche eher zum Ende führt, als man zu einer Vermuthung über die Qualität des Entzündungsproducts gelangen kann.

Die Entwickelung der Tuberculose aus Marasmus senilis schliesst sich an ihre Entstehung aus Zuständen grosser Erschöpfung. Hierher sind auch wohl die in neuerer Zeit mehr hervorgehobenen Fälle zu rechnen, wo Lungentuberculose sich im Verlauf des chronischen Lungencatarrhs mit Erweiterung der Lungenbläschen und der Bronchialendigungen gesellt. Eine Zeit lang schrieb man gerade dieser Krankheit eine Immunität gegen Tuberculose zu, im Gegensatz zu der älteren Ansicht, welche die chronische Bronchialblennorrhöe als eine Form der Schwindsucht auffasste. Die unbefangene Beobachtung lehrt, dass Tuberculose und chronischer Catarrh mit Emphysem nicht so ganz selten zusammen vorkommen und dass, wie eine rückgebildete Tuberculose durch die sequestrirende interstitielle Pneumonie zu Bronchialerweiterungen und zu Emphysem führen kann, diese letztere schliesslich bisweilen wieder zur Tuberculose führt.

Es ist jetzt auch nicht mehr streitig, dass auch in Fällen von chronischer Ueberfüllung des kleinen Kreislaufs Tuberculose der Lungen entstehen kann; im Jahre 1860 war ein ausgezeichnetes Beispiel dieser Art der Fall eines 19jährigen Peitschenmachers, welcher an angeborener Missbildung des Herzens und dadurch bedingter Cyanose litt und an Lungentuberculose starb. Ebensowenig geben andere Herzfehler eine absolute Immunität; die gegenseitige Ausschliessung des Krebses und Tuberkels ist ebenfalls von der Erfahrung nicht bestätigt worden. Als Belege für diese Combination der Tuberculose mit solchen vermeintlich ausschliessenden Krankheiten wurden im Jahre 1860 im Krankenhause beobachtet: chronischer Catarrh mit Emphysem und Bronchialerweiterung bei 8 m. 3 w. Kr., von denen bei 2 m. Necrose des Lungengewebes um einzelne Bronchialerweiterungen vorhanden war; Krebs des Oesaphagus bei einem 58jährigen Arbeitsmanne, der Cardia bei einem 74jährigen Küfer, des Pylorus bei einem 41jährigen Instrumentenmacher und einem 34jährigen Dienstmädchen, des Uterus bei einer 63jährigen Arbeitsmanns-Wittwe; Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel und dadurch bedingte Erweiterung des Herzens bei 3 m. Kr., Insufficienz der Mitralklappe bei 1 w., Insufficienz der Aortaklappen bei 1 m., Stenose der Aortaklappen bei 2 m., Communication beider Ventrikel und abnormer Verlauf der grossen Gefässe bei 1 männl. Kranken. Dass es sich hier nicht um Residuen früherer Tuberculose handelte, bedarf wohl nicht der Erwähnung.

Amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren wurde bei 5 m. 4 w. Kr. in ausgezeichneter Weise gefunden. Ausserdem kam die Bright'sche Krankheit bei 1 m. 2 w. Kranken vor.

Im Verlaufe der Lungentuberculose wurde Pneumothorax bei 6 m. 1 w. Kranken beobachtet, der bei den meisten kurz vor dem Tode entstanden war. Eine Ausnahme machte der Fall eines 28jährigen Knechts, welcher bei seiner Aufnahme erst zwei Tage bettlägerig war und alle Erscheinungen eines Pneumothorax der linken Brusthälfte darbot. Es entstand ein allmählig zunehmendes flüssiges Exsudat, wobei die Erscheinungen des Pneumothorax nach und nach verschwanden. Der Kranke war meist ausserhalb des Bettes und befand sich leidlich wohl. Bei noch fortwährend vorhandenem pleuritischen Exsudate verlangte er, aller Vorstellungen ungeachtet, seine Entlassung nach einem Aufenthalte von etwa drei und einem halben Monat. Er kehrte später in einem verschlimmerten Zustande und mit reichlichem pleuritischen Exsudate wieder, ohne jedoch die Symptome des Pneumothorax darzubieten, und starb

erst im Jahre 1861, wo man unter der liniendicken festeren Exsudatschicht allerdings eine Stelle fand, welche man auf die frühere Perforation hätte beziehen können, wenn bei der langen Dauer der Krankheit und dem Zustande anhaltender Compression, in welchem sich die Lunge befunden hatte, eine solche Deutung zulässig gewesen wäre

Ein anderer Fall von Pneumothorax entstand bei einem Schreiber des Krankenhauses, welcher täglich zweimal den etwa halbstündigen Weg vom Krankenhause bis zum Aufnahme-Bureau in der Stadt zurücklegte und anscheinend keine Beschwerden von demselben hatte. Erst mit dem Eintritt des Pneumothorax meldete er sich krank und erlag nach 5 Tagen. Bei der Section fand man an den oberen Lungenpartieen eine nicht ausgedehnte Tuberculose mit Cavernenbildung, sonst nirgends Tuberkeln.

Tödtliche Lungenblutung im späteren Zeitraume der Lungentuberculose wurde bei 2 m. Kranken beobachtet; der eine, ein 66jähriger Mann, war als Wächter auf dem Hofe des Krankenhauses thätig und ward hier todt gefunden; der andere, ein 29jähriger Malergesell, war seit acht Monaten wegen Tuberculose im Krankenhause und befand sich seit längerer Zeit ziemlich wohl, als auf einmal sich rasch wiederkehrende Lungenblutungen einstellten und den Tod herbeiführten. In beiden Fällen waren grössere Eiterhöhlen vorhanden und die Quelle der Blutung liess sich an der Zerstörung eines grösseren Lungengefässes deutlich nachweisen.

Ein 38jähriger Schneider, der an Tuberculose der Lungen, des Darmcanals, des Bauchfells und des Felsenbeins litt, starb an einer Blutung aus der angefressenen Carotis cerebralis.

Bei einem 21jährigen Steuermann war am oberen Theil des Schildknorpels Necrose und in Folge hiervon die Bildung eines geschlossenen Abscesses vorhanden. Dieser letztere ragte bisweilen mehr unter der Haut hervor, bisweilen verschwand er hier und senkte sich nach der Höhle des Kehlkopfs; sowohl die Eröffnung des Abscesses von aussen, als auch die Tracheotomie kamen hierdurch nicht zur Ausführung, weil die Symptome stets wechselten.

Manie wurde im späteren Stadium der Lungentuberculose nur bei einem Kranken beobachtet, bei diesem fanden sich aber gleichzeitig die Ueberreste von Hämorrhagieen der Hirnrinde.

Folliculargeschwüre des Magens wurden bei 3 männl. Kranken gefunden.

In Bezug auf die Therapie der Tuberculose habe ich nichts Bemerkenswerthes beobachtet, vielmehr konnte man vielfach die

Unabhängigkeit der Krankheit von den therapeutischen Hülfsmitteln beobachten. Unter denselben Verhältnissen, welche den einen Kranken nicht vor dem stetigen Fortschritte der Krankheit und dem baldigen Tode schützen konnten, gelangte bei anderen, zum Theil viel erschöpfteren Kranken die Tuberculose zum Stillstande und blieb längere Zeit ruhend. Während Mangel an Bewegung in freier Luft und längerer Aufenthalt in einem und demselben Raume bei vielen Menschen die Lungentuberculose herbeiführt, ist ein ähnlicher Aufenthalt nicht selten für einzelne tuberculöse Kranke sehr wohlthätig. Letzteres kann man im Krankenhause auf der Siechenabtheilung nicht selten beobachten. Es ist bei der Tuberculose fast mehr, als bei anderen Krankheiten nöthig, zu individualisiren und es ergiebt sich aus dieser Nothwendigkeit schon von selbst, was man von den stets noch angepriesenen Heilmitteln gegen Tuberculose im Allgemeinen zu halten habe. In der letzten Zeit ist von Beau (Gazette des hôpitaux, 1861) der Gebrauch des Bleis gegen Tuberculose wieder warm empfohlen worden. Frühere Erfahrungen hatten mir schon gezeigt, dass selbst eine bis zur Intoxication fortgesetzte Behandlung mit diesem Mittel auf den Verlauf der Tuberculose nicht günstig wirke und nur noch eine neue Qual zu den übrigen füge; im Jahre 1860 hatte ich wieder Gelegenheit, einen 38jährigen Buchdruckergehülfen zu beobachten, welcher an ausgebildeter Tuberculose litt und gleichzeitig Bleicolik hatte. Jedenfalls ist das durch Bleivergiftung herbeigeführte Siechthum ernst genug, um mindestens bei der medicinischen Anwendung des Bleis Vorsicht zu gebieten, vorzüglich, wenn man sich, wie Beau, des kohlensauren Bleis bedient.

Vergiftungen.

Zwei Fälle von Asphyxie durch Kohlendampf kamen im Jahre 1860 zur Behandlung; bei einer 21jährigen Näherin, welche sich absichtlich erstickt hatte, trat das tödtliche Ende am dritten Tage ein; die Kranke blieb fortwährend comatös mit rasselnder, beschleunigter Respiration; bei dem anderen Kranken, einem Schneidergesellen, war die Asphyxie durch unvorsichtiges Schliessen der Ofenklappe bedingt, die Entdeckung kam aber noch frühzeitig genug, so dass der Kranke schon auf dem Transport in's Krankenhaus wieder zu freiem Bewusstsein gelangt war. — Aus anderer Ursache kam noch in dem folgenden Falle Asphyxie vor. Ein Schiffsjunge war in's Wasser gestürzt und wurde nur mühsam gerettet; bei seiner Aufnahme in's Krankenhaus war er vollständig

bewusstlos mit lividem Gesichte und mühsamer Respiration. Erst nach mehreren Stunden gelang es, die Respiration zu verbessern, worauf allmählig das Bewusstsein freier wurde. Doch blieb noch am folgenden Tage die Respiration behindert; die Herstellung erfolgte indessen ohne Schwierigkeit.

Vergiftung durch Blei wurde beobachtet bei 1 Matrosen, 2 Steuerleuten, 1 Maschinisten, 1 Mechaniker, 1 Buchdrucker, 1 Klempnergesellen und 1 Malergesellen. Der eine Steuermann hatte Lähmung der Extensoren der Hand, welche nur allmählig durch Electricität gebessert wurde; die übrigen litten an Colik.

Vergiftung durch Quecksilber kam zweimal zur Behandlung. In dem einen Falle war es ein Gefängniss-Krankenwärter, welcher angeblich, weil ihm seine Stellung nicht zusagte, den Inhalt einer für ein Bad bestimmten Sublimatauflösung austrank. Die Erscheinungen von Seiten des Magens und Darmcanals waren unbedeutend, dagegen hatte er Verschorfungen der Mundschleimhaut und bekam am dritten Tage nach der Vergiftung Salivation. In dem anderen Falle war nur die gewöhnliche mercurielle Stomatitis vorhanden, die Ursache war jedoch eine ungewöhnliche: man hatte eine grössere Zahl von Zinkcylindern, welche Theile einer galvanischen Batterie gebildet hatten, bei einem Gelbgiesser umschmelzen lassen; bei dieser Gelegenheit war das Quecksilber, welches zur Amalgamirung der Zinkcylinder gedient hatte, verflüchtigt und hatte die Vergiftung veranlasst.

Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und Nervensystems.

Meningitis cerebralis kam idiopathisch nicht vor, wohl aber als Complication, und zwar in folgenden Fällen: bei einer 70jährigen Frau in der Lösungsperiode einer Pneumonie des rechten oberen Lappens, bei einer 38jährigen Frau im Gefolge von wiederholtem Erysipelas capitis nach Variola, bei einem 35jährigen Müllergesellen im Gefolge von Morbus Brightii, endlich noch bei Tuberculose. Bei einem 28jährigen Schustergesellen fand man tuberculöse Meningitis neben frischen (embolischen?) Erweichungsheerden; der Kranke hatte in den letzten Tagen vor dem Tode Lähmung der linken Körperhälfte, aber sonst keine der gewöhnlichen Symptome der tuberculösen Meningitis bekommen.

Pachymeningitis haemorrhagica in verschiedenen Graden der Ausbreitung und Stärke wurde häufig gefunden; geringere Grade derselben können ebensowenig eine besondere Bedeutung

beanspruchen, als die kleinen Residuen von Entzündung der Pleura, des Pericardium, des Peritonaeum und anderer Organe. Aber auch stärkere Grade lassen sich mitunter nicht auf deutliche Veränderungen während des Lebens zurückführen. Von den 9 m. 4 w. Kranken, bei welchen sich ein erwähnenswerther Grad von Pachymeningitis fand, waren bei 3 m. 1 w. gar keine auf diese Affection bezüglichen Symptome zugegen; bei 3 m. Kranken waren die vorhandenen Hirnerscheinungen nicht allein auf die Pachymeningitis zurückzuführen, denn bei dem einen, einem 76jährigen Zimmermann, welcher an Amentia litt und öfter apoplectische Zufälle bekam, waren gleichzeitig die Residuen von Hämorrhagie der Hirnrinde zugegen; bei einem 56jährigen Arbeitsmann, welcher an halbseitiger Lähmung mit Geistesschwäche litt und zuletzt ganz soporös war, fand sich ein umfänglicher Erweichungsheerd der rechten Hemisphäre und Hydronephrose; ein 52jähriger Arbeitsmann endlich litt an Cirrhosis hepatis mit Icterus, zu dem sich in den letzten Lebenstagen Delirien und Sopor gesellten. — Die Fälle, in welchen Symptome während des Lebens die Pachymeningitis andeuteten, waren folgende:

Eine 84jährige Frau hatte die Erscheinungen der Amentia senilis und ziemlich vollständige Lähmung beider Hände; eine 62jährige Frau hatte nur die gewöhnlichen Erscheinungen der Amentia senilis; ein 64jähriger früherer Posamentier hatte unvollkommene Lähmung der linken Körperhälfte bei rechtsseitiger Pachymeningitis. — Bei einem 52jährigen Arbeitsmann, welcher nach längerem Aufenthalte im Krankenhause an Pneumonie starb, war unvollkommene Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden gewesen.

Chronische Pachymeningitis ohne hämorrhagisches Exsudat wurde zweimal mit bedeutenden Erscheinungen während des Lebens beobachtet; in dem einen Falle liess der Befund an der dura Mater den Verdacht eines syphilitischen Ursprungs zu, bei dem anderen waren weder aus der Anamnese noch aus dem Sectionsbefunde Anhaltspuncte für einen solchen Ursprung zu entnehmen.

In dem ersten Falle, bei einer 43jährigen Bootsführers-Wittwe, war acht Tage vor ihrer Aufnahme ein Schlaganfall mit Lähmung der rechten Körperhälfte eingetreten; die Lähmung besserte sich schon in kurzer Zeit ziemlich bedeutend, dagegen bekam sie Erscheinungen von Lähmung der Schlundmuskeln, bald auch Schwerbeweglichkeit der Zunge, endlich Convulsionen und Bewusstlosigkeit; unter diesen Erscheinungen starb sie zwei Monate nach ihrer Aufnahme. — Das Gehirn turgescirte stark, die Windungen waren verstrichen, die Ventrikel fast leer; die dura Mater war an

einer Stelle stark verdickt und mit der pia Mater und der Hirnrinde verwachsen, an ihrer unteren Fläche ragten einige erbsengrosse rundliche Anschwellungen hervor, ohne gelben Kern. Bei microscopischer Untersuchung zeigte sich nur Bindegewebe in diesen Geschwülsten. Im linken Corpus striatum war ein haselnussgrosser Erweichungsheerd, in welchem einige linsengrosse, härtliche weisse Knötchen von ähnlicher Structur, wie an der dura Mater befindlich waren. Der übrige Befund ergab ausser einem vereiterten Echinococcussacke der Leber nichts Erwähnenswerthes.

In dem zweiten Falle, bei einem 47jährigen Maurergesellen, begann die Krankheit drei Monate vor der Aufnahme mit Schmerzen im Kopfe und Nacken, welche bald schwanden, bald wiederkehrten. Der Kranke war bei der Aufnahme geistesschwach und es war daher eine genaue Anamnese nicht zu erheben, um so weniger, da der Kranke seit langer Zeit harthörig war. Indessen liess sich ermitteln, dass er seit dem Beginn der Krankheit ausser dem erwähnten Kopfschmerz eine zunehmende Eingenommenheit des Kopfes, Schwindel, öfteres Erbrechen und allmählig unvollkommene Lähmung der Beine bekommen hatte. Er konnte zwar noch allein gehen, aber nur kleine Schritte machen. Die Pupillen waren bisweilen gleich, meist aber war die linke verengt. Sein sonstiges Befinden schien gut, der Appetit war gehörig, der Stuhlgang etwas träge, der Puls in geringem Grade beschleunigt; ein anscheinend nicht bedeutender Lungencatarrh bestand seit kurzer Zeit. In den nächsten Tagen vermehrte sich das Fieber, der Appetit schwand, der Kopfschmerz nahm zu, desgleichen die Eingenommenheit des Kopfes; der Husten hatte sich gleichfalls vermehrt. Ein Vesicator im Nacken und eine Auflösung von Nitrum hatten keinen günstigen Erfolg; es trat ein starker Frost ein, welchem bald eine Beschleunigung der Respiration mit starkem Rasseln folgte. Er starb Tags darauf. — Der Körper war kräftig gebaut, das Schädeldach dick, die innere Tafel aufgelockert und mit vielen kleinen Gefässfurchen versehen. Auf der rechten Hemisphäre war die dura Mater mehrfach mit der Arachnoidea verklebt; am seitlichen Theile des vorderen Lappens war die verdickte dura Mater durch eine liniendicke Schicht eines schwieligen Exsudats mit der pia Mater und der Hirnrinde verwachsen, letztere erschien hier atrophisch und theilweise von gallertig-durchscheinendem Ansehen. Die Marksubstanz war im Allgemeinen zähe, das Ependym der Ventrikel verdickt und im vierten Ventrikel granulirt. — In den Lungen verbreiteter Catarrh der Bronchien mit fleischartiger Verdichtung der unteren Lappen, vorzüglich des linken, und inselförmig zerstreuten Hepatisationen. Sonst wurde nichts Erwähnenswerthes gefunden, namentlich keine Spuren früherer Syphilis.

Hämorrhagie des Gehirns.

Bei den folgenden Angaben sind, wie im vorigen Jahrgange meiner Mittheilungen, frische und ältere Blutergüsse und Erweichungsheerde zusammengenommen; die Sonderung nach den ursprünglichen Processen ist theils oft unmöglich, wenigstens sehr schwierig, theils für die nachfolgende Uebersicht ohne grossen Werth.

Der Sitz der Hämorrhagie war: in den Hirnhäuten (abgesehen von den Fällen von Pachymeningitis) bei 1 m. (welcher an Variola haemorrhagica starb), in der Hirnrinde bei 7 m. 2 w., in der Marksubstanz der rechten Hemisphäre bei 2 m., in der der linken bei 1 m. 3 w., in beiden Hemisphären bei 1 w., im rechten Corpus striatum bei 4 m. 2 w., im linken Corpus striatum bei 4 m. 4 w., in beiden Corpora striata bei 2 w., im rechten Thalamus bei 1 m., im linken Thalamus bei 2 m. 1 w., im linken crus Cerebelli ad Pontem Varolii bei 1 w., im Pons Varolii bei 1 m. 1 w.

Hinsichtlich der Symptome, so weit sie zu ermitteln waren, ist Folgendes zu bemerken: bei der Intermeningealblutung waren wilde Delirien zugegen gewesen; die Hämorrhagie der Hirnrinde hatte bei einem 73jährigen Manne Amentia und unvollkommene Lähmung fast des ganzen Gebiets der willkührlichen Muskeln hervorgerufen; ein 76jähriger Mann und eine 73jährige Frau hatten mehrfache apoplectische Anfälle erlitten und waren zuletzt geistesschwach geworden; bei einem 62jährigen Musiker waren neben den Erscheinungen der Apoplexie Zuckungen und choreaartige Bewegungen der einen Körperhälfte zugegen gewesen; bei einem 50jährigen Manne war unvollkommene Lähmung der unteren Extremitäten vorhanden, es bestand aber gleichzeitig chronische hämorrhagische Pachymeningitis; bei einem 64jährigen Manne endlich waren keine Symptome zugegen gewesen. — Die Hämorrhagie der Hemisphären war bei einem 71jährigen Manne und einer 68jährigen Frau ohne Symptome gewesen; auch ein 57jähriger Mann hatte nur die Erscheinungen geistiger Stumpfheit und des frühzeitigen körperlichen Marasmus; bei einer 80jährigen Frau war vollständige Bewusstlosigkeit zugegen, bei einem 56jährigen Manne und zwei Frauen von 40 und 71 Jahren war Hemiplegie der entgegengesetzten Körperhälfte vorhanden. — Die Hämorrhagie in den Corpora striata und den Thalami hatte fast jedesmal Lähmung der entgegengesetzten Körperhälfte zur Folge; auch da, wo sich die Ueberreste der Blutung auf beiden Seiten fanden, war der Eintritt der einzelnen mit Hemiplegie verbunden gewesen. Eine Ausnahme machten folgende Fälle: eine 70jährige Frau und ein 76jähriger Mann hatten nur öftere apoplectische Zufälle ohne deutliche Lähmung einzelner Muskelpartieen gehabt; die gefundenen Heerde waren indessen von geringem Umfange; bei einer 68jährigen Frau, welche nur einen kleinen apoplectischen Heerd hatte, waren keine besonderen Symptome zugegen gewesen. Bei einer 65jährigen Frau, welche an

Tuberculose starb, wurde kurz vor dem Tode häufiges Zucken der linken Gesichtshälfte und des linken Arms beobachtet; bei der Section fand man im rechten Corpus striatum einen nicht umfänglichen frischen Bluterguss. — Die Hämorrhagie im kleinen Gehirn betraf einmal nur die Rindensubstanz und wurde zufällig bei einer älteren Frau gefunden; sie hatte keine Symptome hervorgerufen oder wenigstens hinterlassen. Eine 71jährige Frau, welche vollkommen bewusstlos war, schien Lähmung der rechten Körperhälfte und der linken Gesichtshälfte zu haben: bei ihr fand man einen Bluterguss im linken Crus Cerebelli ad Pontem. Einmal ward ein Bluterguss an der linken Seite des Pons Varolii gefunden, wo während des Lebens Lähmung der linken Körperhälfte zugegen gewesen war. — Ein Kranker mit gummösen Ablagerungen der Hirnrinde hatte oft apoplectische Zufälle; in einem derselben starb er; man fand eine grosse Zahl von kleinen Blutergüssen am Boden des vierten Ventrikels.

Thrombose des Sinus longitudinalis superior kam bei einem 46jährigen Schuster vor, welcher an Magenkrebs litt: er hatte kurz vor dem Tode erst Geistesverwirrung, dann Krampfanfälle und endlich Bewusstlosigkeit bekommen. — Embolieen der Hirnarterien fanden sich bei einem 36jährigen Barbiere bei Erkrankung der Aortenklappen; er hatte in der Nacht auf einmal das Vermögen verloren, sich richtig auszudrücken; ebenso wiederholte er beim Schreiben erst dieselben Worte, schrieb dann unrichtige, und musste endlich wegen gänzlicher Unfähigkeit aufhören; ähnlich war es, wenn er etwas lesen wollte.

Sclerose des Gehirns wurde häufig beobachtet, namentlich bei älteren Kranken. Bei Kindern wurde sie viermal gefunden; das einemal in ausgezeichnetem Grade mit knorplichter Verdichtung und Schrumpfung der Marksubstanz in der Fossa Sylvii bei einem vierteljährigen Knaben, bei gleichzeitiger Asymmetrie des Schädels. Das Kind war in hohem Grade atrophisch. In den übrigen Fällen war die Zähigkeit und Verdichtung der Marksubstanz, namentlich in der Umgebung der Ventrikel, zwar sehr ausgesprochen, jedoch bestand an dem äusseren Ansehen des Gehirns keine Veränderung. Die Kinder litten alle an Atrophie, bei einem war congenitale Syphilis zugegen. — Unter den Kranken in vorgerückten Lebensjahren befand sich eine 70jährige Frau, welche an Lähmung der rechten Körperhälfte gelitten hatte; es fanden sich keine Spuren eines Blutergusses.

Bei einem 15jährigen blödsinnigen Knaben, welcher im Verlaufe der Blattern an Bronchopneumonia starb, war ausser unsym-

metrischer Bildung des Schädels und Trübung mit Verdickung der Hirnhäute noch ein muscatnussgrosser Substanzverlust am vorderen rechten Hirnlappen vorhanden; überdies fand man verschiedene sclerosirte Stellen in der Marksubstanz.

Ein einjähriger Knabe litt an starkem angeborenen Hydrocephalus; die sehr erweiterten Seitenventrikel standen auf der linken Seite nach hinten mit dem Subarachnoidealraum in Verbindung. In der Gegend des linken Thalamus war eine rostbraune Schwiele in der Hirnsubstanz.

An Neubildungen in der Schädelhöhle wurden bei 2 m. 3 w. Kranken Sarcome der dura Mater theils mit, theils ohne Verkalkung gefunden, ohne dass sich während des Lebens irgend welche hierauf bezügliche Symptome gezeigt hätten. — Ein grosses, festes Sareom in der rechten Grosshirn-Hemisphäre war bei einem 10jährigen Mädchen mit bedeutender Verbildung des Schädels verbunden; das Kind litt an halbseitiger Lähmung und häufigen epileptischen Krämpfen und war in hohem Grade blödsinnig. — Bei einer 50jährigen Näherin wurde im linken Thalamus und der benachbarten Marksubstanz ein hühnereigrosses blutreiches Sareom mit zartem Stroma und theilweiser Verfettung gefunden. Die Kranke war taubstumm und hatte eine nicht vollständige Lähmung der rechten Körperhälfte; ausserdem hatte sie deutliche Zeichen von Stumpfsinn mit tobsüchtigen Anfällen. — Tuberkeln wurden bei 3 m. Kranken in der Gehirnsubstanz gefunden, ohne dass sie besondere Symptome hervorgerufen hätten. — Carcinom wurde bei einem 53jährigen Maler, welcher an Carcinom der Leber starb, in einem Sinus cavernosus gefunden; es war gleichzeitig Blutgerinnung vorhanden. Die Symptome hatten sich zwei Tage vor dem Tode entwickelt. — Gummöse Ablagerungen wurden in ausgezeichneter Entwickelung bei einem 68jährigen Buchhalter gefunden; dieser Fall ist von meinem Collegen L. Meyer in seiner Abhandlung über Syphilis des Gehirns in der Zeitschrift für Psychiatrie beschrieben. — Bei einem an Tuberculose verstorbenen 40jährigen Manne wurden zufällig blasenförmige kleine Auswüchse der pia Mater in der Gegend der medulla oblongata gefunden; anscheinend ganz von derselben Beschaffenheit, wie sie von Virchow beschrieben sind.

Schwindel mit apoplectiformen Erscheinungen kam ziemlich oft, auch bei jüngeren Leuten vor; die Diagnose des zum Grunde liegenden Processes liess sich natürlich nur mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit stellen. Hiernach wurde bei

5 m. Kranken Hämorrhagie der Meningen, meist wohl durch Pachymeningitis bedingt, bei 4 m. 1 w. Kranken Epilepsie vorausgesetzt. Bei einem 29jährigen Fabrikarbeiter blieb die Diagnose auch nach der Section zweifelhaft; er war plötzlich bei der Arbeit bewusstlos niedergefallen und bald nach dem Krankenhause gebracht, wo er nach wenigen Stunden starb. Die Section ergab nur ein negatives Resultat, was sich noch am meisten mit der Annahme eines epileptischen Anfalls verträgt. — Bei 5 m. 1 w. Kranken bestand Kopfschmerz und Schwindel, ohne dass man diese Symptome auf eine bestimmte Ursache hätte zurückführen können.

Lähmungen.

Mehr oder weniger allgemeine Lähmungserscheinungen, offenbar vom Gehirn ausgehend, wurden in folgenden Fällen beobachtet: bei einem 43jährigen Kammmacher in Folge öfterer unvollkommener apoplectischer Anfälle, bei einem 9jährigen Knaben neben angeborenem Blödsinn; bei 3 Männern in Folge chronischer Alcoholvergiftung. Bei einem 22jährigen öffentlichen Mädchen waren wechselsweise Kopfschmerz, länger dauernde Bewusstlosigkeit, Convulsionen, Amblyopie und Doppeltsehen vorhanden, ohne Zeichen von vermehrtem Blutdrucke in der Schädelhöhle; sie wurde endlich fast geheilt entlassen, ohne dass man die Herstellung mit einiger Sicherheit den verschiedenen Heilversuchen zuschreiben konnte. Bei zwei Männern, einem 29jährigen Arbeiter und einem 41jährigen Hausknecht, waren alle Erscheinungen eines chronischen Hirnleidens in bedeutendem Grade vorhanden; in beiden Fällen wurden grössere Fontanellen im Nacken angewendet, beide verliessen ungeheilt das Krankenhaus, der letztere Kranke wurde indessen später fast ganz von seinen Beschwerden befreit, ohne dass er ausserhalb des Krankenhauses einer anderen Behandlung unterworfen wäre.

Hemiplegie in Folge von apoplectischen Anfällen kam bei 15 m. 8 w. Kranken vor; es wurde meist nur eine mehr oder weniger bedeutende Besserung erzielt.

Mehr oder minder vollständige Lähmung der unteren Extremitäten wurde bei 9 m. 2 w. Kranken beobachtet; nur bei einem männlichen Kranken wurde durch Jodkali eine wesentliche Besserung erreicht, die übrigen wurden nur soweit gebessert, dass sie sich im Krankenhause leidlich gut bewegen konnten, ohne aber zu grösseren Anstrengungen fähig zu sein. Die Behandlung beschränkte sich meist auf Hebung der Kräfte im Allgemeinen und Anwendung äusserer erregender Mittel, vorzüglich von spirituösen

Einreibungen und Bädern; die Electricität und der innere Gebrauch der Nux vomica oder des Strychnin war dagegen mehr beschränkt, weil namentlich bei länger bestehenden Lähmungen die noch vorhandene Muskelkraft durch diese Mittel nur noch rascher erschöpft wird. Zwei Fälle endigten tödtlich; bei dem einen dieser Kranken wurde Atrophie der hinteren Rückenmarkstränge gefunden, in dem anderen Falle, wo die Lähmung die Motilität und Sensibilität betraf und sich ein grosser Brandschorf an dem linken Unterschenkel gebildet hatte, wurde die Section nicht gestattet. In diesem Falle war die Lähmung im Verlauf einer nicht bedeutenden Eruption von Varioloiden ausserhalb des Krankenhauses entstanden.

Lähmungen peripherischen Ursprungs wurden bei 3 m. Kranken beobachtet: zweimal an den Streckmuskeln des Vorderarms in Folge von Druck; einmal waren die beiden Hände eines Schlachtergesellen gelähmt, welcher längere Zeit in einer mit Eis vermischten Pökellauge gearbeitet hatte. Alle diese Fälle wurden geheilt.

Krämpfe.

An Epilepsie wurden 23 m. 12 w. Kranke behandelt. Fünf Kranke starben. Bei dem einen derselben, einem 20jährigen blödsinnigen Menschen, welcher seit 6 Jahren im Krankenhause war, konnte die Section nicht gemacht werden. Von den übrigen starb ein 8jähriger Knabe, welcher in geringem Grade blödsinnig war, unerwartet in einem heftigen Anfalle. Ausser Blutfülle des Gehirns und seiner Häute fand sich keine Abnormität in der Schädelhöhle.

Ein 27jähriger Tischlergesell hatte von der Kindheit her an Epilepsie gelitten; nach längerer ruhiger Pause war die Krankheit kurze Zeit vor seiner Aufnahme wieder heftiger aufgetreten und es hatten sich auch ausserhalb der Anfälle Erscheinungen von Blutandrang zum Kopfe gezeigt. Er ward desshalb mit örtlichen Blutentziehungen, mit Nitrum und abführenden Mitteln behandelt. Drei Tage nach seiner Aufnahme ward er ohne vorhergegangene Krämpfe plötzlich bewusstlos und bekam unwillkührliche Ausleerungen; der Puls war verlangsamt. Dieser Zustand dauerte bis zum Tode unverändert fort, nur ward er kurz vor dem Ende unruhig und schrie häufig laut auf. Der Schädel war asymmetrisch; das Gehirn war nicht blutreich, quoll aber etwas hervor; die Windungen waren abgeplattet, die Ventrikel fast leer, es war auch wenig Serum unter der Arachnoidea. Die pia Mater war sehr blutreich und zeigte einige Ecchymosen. Es fand sich sonst keine bemerkenswerthe Veränderung.

Bei dem 20jährigen Sohne eines Arbeitsmannes hatte die Epilepsie seit dem dritten Lebensjahre bestanden und war von einer deutlichen Aura, welche von der linken Achselhöhle ausging, begleitet. Hier konnte

man indessen nur eine erbsengrosse, ganz bewegliche und gegen Druck unempfindliche Lymphdrüse entdecken. Er starb in einem Krampfanfalle, nachdem er kurze Zeit vor dem Tode einen schmerzhaften Drüsenabscess am Halse bekommen hatte. Die Section wies im Gehirn keine Abnormität nach; die Lymphdrüse in der Achselhöhle zeigte weder eine krankhafte Beschaffenheit, noch einen abnormen Zusammenhang mit den dort befindlichen Nervenästen; ebensowenig konnte ein Zusammenhang des Drüsenabscesses mit dem tödtlichen Ausgange entdeckt werden.

Eine im Krankenhause beschäftigte 25jährige, an Epilepsie leidende Wäscherin starb plötzlich in einem Krampfanfalle, als sie gerade ein warmes Bad nahm. Man fand Blutreichthum des Gehirns, acutes Lungenödem und eine Knickung des Uterus mit Richtung des Fundus nach hinten.

Der tödtliche Ausgang eines epileptischen Anfalls ist nie mit Sicherheit vorherzusehen; es tödtet mitunter ein Anfall, welcher sich anscheinend gar nicht von den früheren unterscheidet, ebenso scheint bisweilen der Tod nahe bevorzustehen, wenn das Bewusstsein nicht wiederkehrt und sich die Zeichen des Lungenödems ausbilden, nach kurzer Zeit sind die Kranken indessen wieder ganz wohl. Bei einer 24jährigen Wäscherin dauerte die Bewusstlosigkeit nach einem epileptischen Anfalle bis zum dritten Tage; der Athem war beschleunigt und stark rasselnd, der Puls frequent. Sie kam indessen allmählig zu sich, ohne weitere Nachwirkungen des Anfalls zu spüren.

Verbindung der Epilepsie mit hysterischen Zufällen und mit Geistesstörung wurde öfter beobachtet.

Chorea kam nur bei 1 m. 3 w. Kranken vor; in dem ersteren Falle, bei einem 14jährigen Knaben, war gleichzeitig Epilepsie vorhanden und es wurde keine Besserung erreicht; in den anderen Fällen hatte die Behandlung mit Eisen und kalten Begiessungen des Rückens den gewünschten Erfolg.

Hysterische Krämpfe und sonstige Formen der Hysterie kamen öfter vor; in drei Fällen waren die Zufälle plötzlich und ungewöhnlich heftig eingetreten, zweimal mit Erscheinungen von Geistesstörung. In dem einen dieser letzteren Fälle waren Convulsionen, Coma und maniacalische Zufälle, mit einander abwechselnd, ganz plötzlich eingetreten. Die Kranke war sehr anämisch, obwohl gut genährt. Opium hatte einen raschen Erfolg; bei der eintretenden Menstruation wiederholte sich der Anfall und wich wieder rasch dem Opium. In dem zweiten Falle war ebenfalls Anämie vorhanden, die geistige Störung hatte hier die Form der Melancholie, so dass die Kranke theilnahmlos war und fast gar nicht sprach; auch hier hatte das Opium einen schnellen und deutlichen Erfolg.

Krämpfe in bestimmten Muskelgruppen wurden in zwei Fällen beobachtet. Bei einer 31jährigen Näherin waren zu zwei verschiedenen Zeiten tonische Krämpfe einzelner, die Hand und die Finger bewegender Muskeln, in Folge einer rheumatischen Affection einzelner Gelenke vorhanden. Das einemal war das Handgelenk stark gestreckt, so dass es mit dem Vorderarme fast einen rechten Winkel machte, während die Finger gebeugt waren; das andere-mal waren die kleinen Muskeln der Hand ergriffen, namentlich am Daumen. Einreibungen mit Chloroform und Faradisirung der Antagonisten beseitigten den Krampf ziemlich schnell. Diese Krämpfe unterschieden sich von den gewöhnlichen Contracturen bei Gelenkentzündung durch ihre Heftigkeit und ihr Missverhältniss zur erregenden Gelenkaffection. Auch ausserhalb des Krankenhauses sah ich diese Form in einzelnen Fällen; die Schmerzhaftigkeit ist ausser allem Verhältnisse zu dem örtlichen Vorgange im Gelenke, was namentlich auch durch den schnellen Erfolg der geeigneten Mittel, selbst bei mehrtägiger Dauer des Uebels, bewiesen wird. Auch in den wenigen Fällen von acutem Gelenkrheumatismus in frühem Kindesalter sah ich ähnliche, bald vorübergehende Verdrehungen der Gelenke durch solche tonische Reflexkrämpfe.

Bei einem 37jährigen Gelbgiesser war Krampf im Schlundkopfe abwechselnd mit Tenesmus zugegen. Er fühlte nicht nur, nach Art des hysterischen Globus, fast beständig die Zusammenziehungen der Schlundmuskeln, sondern musste auch häufig Schlingbewegungen machen. Der Schlundkrampf hörte auf, wenn er Tenesmus bekam. Er hatte dabei ganz die Erscheinungen der hypochondrischen Melancholie und verliess unzufrieden das Krankenhaus, ohne bei längerem Aufenthalte durch irgend eins der vielen angewandten Mittel Erleichterung bekommen zu haben. Kurze Zeit nachher machte er in seiner Wohnung seinem Leben ein Ende.

Neuralgieen.

Bei der nachfolgenden Uebersicht ist natürlich eine bedeutende Abweichung der einzelnen Fälle von einander hinsichtlich der Heftigkeit und der Dauer der Neuralgieen vorauszusetzen; ebenso ist die Bezeichnung der ergriffenen Nerven in manchen Fällen gewiss nur annähernd richtig; häufig genug können namenlose kleine Hautäste den Hauptsitz der Affection bilden, während die anatomisch unterschiedenen Stämme derselben ursprünglich unbetheiligt sind. Ueberdies darf nie vergessen werden, dass der Name Neuralgie eigentlich nur eine Uebersetzung der Klage des Kranken in's Grie-

chische ist und den Verzicht auf eine exactere Diagnose für die meisten Fälle ausspricht.

Der Sitz der im Jahre 1861 im hiesigen Krankenhause beobachteten Neuralgieen war: im Trigeminus, sowohl im zweiten als im dritten Aste, bei 2 m., in der Schläfengegend nach einem geheilten Erysipelas faciei bei 1 m., im Hinterhaupt bei 1 m., in der Achselhöhle nach der Eröffnung und Vernarbung eines kleinen Abscesses bei 1 m., am Schulterblatte bei 1 m., im Ulnaris bei 1 m., in der Mitte des Rückens bei 1 w., in einem Intercostalnerven bei 3 m. 1 w., im N. ileoinguinalis bei 2 m., einmal mit krampfhafter Retentio Urinae, wodurch vorübergehend das Bild einer Peritonitis mit Exsudat in der Beckenhöhle entstand; im Ischiadicus bei 11 m. 1 w. (ein männlicher Kranker litt an Krebs der Niere derselben Seite); im Knie bei 1 m. Neuralgie der Blase kam bei 1 männl. Kranken mit hypochondrischer Gemüthstimmung vor; eine anfallsweise auftretende Colik ohne bestimmte Localisation bei 1 weibl. Kranken.

Von Nostalgie kam ein ausgezeichneter Fall bei einem 19-jährigen Hausknecht vor; er war bei der Aufnahme schon 14 Tage krank und bot die Erscheinungen des Hirndrucks dar. Er lag in tiefem Stupor, mit etwas trockner Zunge, ganz ruhigem Pulse und konnte den Urin nicht entleeren, so dass mehrere Tage hindurch dieser beständig durch den Catheter entleert werden musste. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass der Stupor nur der Ausdruck eines tiefen Seelenschmerzes, und zwar des Heimwehs war; als sein Vater ankam und ihm die Aussicht eröffnete, in seine Heimath zurückkehren zu dürfen, verschwanden alle Krankheitserscheinungen schnell.

Krankheiten der Respirationsorgane.

Catarrhe.

Ueber die Schwierigkeit statistischer Zusammenstellungen in Bezug auf diese Krankheit habe ich mich schon in meinem vorigen Berichte ausgesprochen. Vorzügliche Schwierigkeit macht die Entscheidung über die Catarrhe, welche Herzkrankheiten begleiten, oder von ihnen begleitet sind; es kann hier nicht allein die Abhängigkeit der einen Krankheit von der andern in ganz entgegengesetztem Sinne stattfinden, sondern beide Affectionen können auch ohne Abhängigkeitsverhältniss neben einander bestehen; hierüber muss häufig das Urtheil suspendirt werden, zumal bei mangelndem Aufschluss durch die Section. Der Lungencatarrh ist jedoch in

allen diesen Fällen eine sehr wichtige Complication, welche oft allein den Kranken veranlasst, sich in's Hospital zu begeben und welche häufig vorzüglich den tödtlichen Ausgang bedingt. Bei der grossen Häufigkeit solcher Fälle muss natürlich die Statistik des Lungencatarrhs sehr verschieden ausfallen, je nachdem man solche Fälle entweder insgesammt oder theilweise, oder gar nicht bei der Zusammenstellung berücksichtigt. Ich habe in der hier folgenden Tabelle diese Fälle meist mitgezählt, namentlich wo der Lungencatarrh eine stärkere Entwickelung hatte.

Der Bestand war am 1. Januar 1860 . . .	15 m.	6 w.	Kr.
Aufnahme im Januar	16 m.	7 w.	Kr.
„ Februar . . .	20 „	11 „	„
„ März	25 „	11 „	„
„ April	24 „	6 „	„
„ Mai	16 „	3 „	„
„ Juni	12 „	2 „	„
„ Juli	2 „	4 „	„
„ August	2 „	1 „	„
„ September . .	7 „	— „	„
„ October	9 „	5 „	„
„ November . .	22 „	7 „	„
„ December . .	10 „	6 „	„
Gesammtzahl der Aufgenommenen. .	165 m.	63 w.	Kr.
Es starben	14 „	20 „	„
Bestand am 1. Januar 1861.	— „	— „	„

Die Sterblichkeit vertheilt sich auf die verschiedenen Altersperioden in folgender Weise:

Es starben in dem Alter von 30—40 Jahren	1 m.	— w.	Kr.
„ 40—50 „	3 „	1 „	„
„ 50—60 „	3 „	3 „	„
„ 60—70 „	6 „	8 „	„
„ 70—80 „	2 „	5 „	„
„ 80—90 „	1 „	3 „	„

Ausserdem starben noch 6 männl. Kranke an Necrose des Lungengewebes in der Umgebung von Bronchialerweiterungen, von denen zwei gleichzeitig Tuberculose hatten. — Zwei der in obiger Tabelle aufgeführten Kranken starben an lobärer Pneumonie; in beiden Fällen war stark entwickeltes Emphysem vorhanden.

Unter den aufgeführten Fällen waren sehr viele chronische Catarrhe, deren zeitweilige Verschlimmerung die Aufnahme in's

Krankenhaus bedingte; in solchen Fällen war natürlich auch die Herstellung nur in beschränkter Weise möglich.

Zweimal war verbreiteter Lungencatarrh mit grosser Dyspnöe und cyanotischer Gesichtsfärbung bei vorgerückter Schwangerschaft zugegen; in einem dieser Fälle bestand auch Albuminurie. Beide Fälle verliefen trotz gefahrdrohender Zufälle glücklich, nachdem die Entbindung stattgefunden hatte.

Von den angeführten Fällen waren bei 8 m. 1 w. Kranken die Kehlkopfsschleimhaut vorzugsweise ergriffen, bei der weibl. Kranken war constitutionelle Syphilis die wahrscheinliche Ursache; bei einem männlichen Kranken schien Perichondritis vorhanden zu sein, ohne dass es indess zur Abscessbildung und Necrose eines Kehlkopfsknorpels kam.

Pneumonie.

Der Bestand war am 1. Januar 1860 . . .	7	m.,	1	w.	Kr.
Aufgenommen wurden im Januar	5	„	1	„	„
„ Februar	6	„	—	„	„
„ März	6	„	1	„	„
„ April	9	„	1	„	„
„ Mai	6	„	2	„	„
„ Juni	1	„	—	„	„
„ Juli	2	„	—	„	„
„ August	2	„	2	„	„
„ September	4	„	—	„	„
„ October	2	„	2	„	„
„ November	—	„	1	„	„
„ December	6	„	1	„	„
Gesammtzahl der Aufgenommenen	49	m.,	11	w.	Kr.
Es starben	10	„	6	„	„
Bestand am 1. Januar 1861	4	„	1	„	„

Von diesen Kranken befanden sich in dem Alter

von	10—20	Jahren	9	m.	1	w.,	von denen	—	m.	—	w.	starben.
„	20—30	„	35	„	3	„	„ „	6	„	—	„	„
„	30—40	„	4	„	1	„	„ „	—	„	—	„	„
„	40—50	„	5	„	—	„	„ „	2	„	—	„	„
„	50—60	„	2	„	1	„	„ „	1	„	—	„	„
„	60—70	„	—	„	4	„	„ „	—	„	4	„	„
„	70—80	„	1	„	1	„	„ „	1	„	1	„	„
„	80—90	„	—	„	1	„	„ „	—	„	1	„	„

Von diesen Kranken waren 48 m. 5 w. unter 60 Jahren und hatten keine anderweitige Complication; von diesen starben 3 m. Kranke und zwar in dem Alter von 20 und 23 Jahren. Sie waren Alle erst vor Kurzem erkrankt; bei dem einen war die ganze rechte Lunge, bei dem zweiten der linke obere Lappen und der obere Theil des unteren Lappens, bei dem dritten der rechte untere und der linke obere Lappen erkrankt. Bei Allen zeigten sich schon früh grosse Hinfälligkeit und Delirien.

In den übrigen tödtlich verlaufenen Fällen war bei 3 m. 4 w. Kranken alter Lungencatarrh mit Emphysem vorhanden, bei 1 m. 1 w. Meningitis (einmal Pachymeningitis chronica haemorrhagica), bei 1 m. Morbus Brightii und Pleuritis, bei 1 m. bedeutende Anämie und Pleuritis, bei 1 m. 1 w. Marasmus senilis.

Von den oben aufgeführten 56 m. 12 w. Kranken war der Sitz der Pneumonie

im rechten	oberen	Lappen	bei	5	m.	1	w.,	von denen	2	m.	1	w. starben
„ „	unteren	„	„	27	„	4	„	„	3	„	1	„ „
„ linken	oberen	„	„	3	„	1	„	„	1	„	1	„ „
„ „	unteren	„	„	13	„	5	„	„	1	„	2	„ „
in beiden	Lungen		„	8	„	1	„	„	3	„	1	„ „

Von 33 Fällen liess sich die Zeit angeben, wo die Pneumonie ihren Höhepunct erreicht hatte, von welchem Zeitpunct an sich mehr oder minder auffällige Besserung zeigte. Dieser Zeitpunct wurde erreicht

am	dritten	Tage	1mal,
„	vierten	„	2 „
„	fünften	„	3 „
„	sechsten	„	6 „
„	siebenten	„	4 „
„	achten	„	9 „
„	neunten	„	2 „
„	zehnten	„	3 „
„	eilften	„	2 „
„	zwölften	„	1 „

Die lobäre Pneumonie wurde ausserdem noch als Complication beobachtet bei Blattern, Typhus, Morbus Brightii, Carcinoma Uteri, Vereiterung der Prostata und Pleuritis. — Delirium tremens kam bei 5 m. Kranken als Complication vor, von denen einer starb.

Die Behandlung blieb, wie in den früheren Jahren, eine einfache, mehr symptomatische und wich von der in meinem Berichte vom Jahre 1858 angegebenen nicht ab. Die mir in einem Artikel

der Medical Times and Gazette in einer Correspondenz aus Hamburg (1861. Vol. 1. März 30.) zugeschriebene principielle Verwerfung der Lanzette muss daher auf einem Missverständnisse eines von mir im hiesigen ärztlichen Vereine gehaltenen Vortrages beruhen; Aderlässe wurden allerdings im Krankenhause bei Pneumonie nicht gemacht, es ist mir aber nicht in den Sinn gekommen, ihre Zulässigkeit oder Zweckmässigkeit in geeigneten Fällen zu läugnen. Ob man mittels derselben die Pneumonie coupiren könne, ist, wenn auch wahrscheinlich, doch schwer mit Sicherheit nachzuweisen; im Hospital sind die Fälle bei ihrer Aufnahme fast immer schon mehrere Tage alt und es ist daher keine Aussicht auf die Unterdrückung des Processes mehr vorhanden.

Von **Neubildungen** in der Lunge wurde ausser Tuberkeln bei 1 m. 2 w. Kranken Krebs beobachtet; es war jedesmal gleichzeitig ein anderes Organ an Krebs erkrankt. — Bei einem Kranken, welcher an umschriebener Pleuritis mit Ulceration der das Exsudat einschliessenden Wandungen starb, wurden eine Menge ästiger, dünner Knochenablagerungen in dem zusammengedrückten, aber sonst gesunden Lungengewebe gefunden; dieses umgab die Knochenstücke unmittelbar, ohne zwischenliegendes verdichtetes Zellgewebe; ebensowenig war ein Zusammenhang der Knochen mit obsoleten Bronchialästen nachzuweisen. Die Knochenablagerungen zeigten sehr entwickelte Knochenkörperchen.

Pleuritis.

Bestand am 1. Januar 1860	6 m.	— w.	Kr.
Aufgenommen wurden im Januar	5 „	1 „	„
„ Februar	4 „	— „	„
„ März	7 „	5 „	„
„ April	8 „	1 „	„
„ Mai	3 „	— „	„
„ Juni	1 „	— „	„
„ Juli	2 „	— „	„
„ August	1 „	1 „	„
„ September . . .	5 „	— „	„
„ October	3 „	— „	„
„ November . . .	4 „	— „	„
„ December . . .	3 „	3 „	„
Gesammtzahl der Aufgenommenen	46 m.	11 w.	Kr.
Es starben	10 „	2 „	„
Bestand am 1. Januar 1861	3 „	3 „	„

Die Pleuritis war ausser in den wegen dieser Krankheit aufgenommenen Fällen noch in vielen anderen Fällen als Complication zugegen und bedingte nicht selten den tödtlichen Ausgang.

Umschriebene eitrige Pleuritis hatte bei 8 m. 2 w. Kranken einen tödtlichen Ausgang.

Sehr häufig war, im Gegensatz zu der gewöhnlichen Annahme, die Entleerung des pleuritischen Exsudats durch die Luftwege. Sie wurde bei 14 m. Kranken beobachtet, von denen 8 starben. Bei den glücklich endenden Fällen bleibt allerdings mitunter der Beweis schwierig zu führen, dass es wirklich das pleuritische Exsudat und nicht das in den erweiterten Bronchien angehäufte Secret war, welches ausgehustet wurde; doch ist für manche Fälle eine andere Auffassung kaum zulässig.

Krankheiten des Herzens und der Gefässe.

Ausser den schon erwähnten Fällen beim Rheumatismus acutus kam Pericarditis noch bei 2 m. Kranken in Begleitung von sogenannter Pyaemie in Folge von acuter Periostitis vor. Bei 1 m. Kranken wurde sie in Begleitung eines Aneurysma Aortae descendentis thoracicae gefunden; es waren im Leben keine abnormen Geräusche wahrgenommen, sondern es wurde nur Vergrösserung der Herzdämpfung mit starkem und unrythmischen Herzschlage beobachtet; der Tod erfolgte durch Berstung des Aneurysma. — Residuen früherer Pericarditis wurden bei 3 m. 2 w. Kranken gefunden.

Endocarditis kam ausser den beim acuten Gelenkrheumatismus erwähnten Fällen noch bei 1 m. 3 w. Kranken vor, wo sie durch Embolie den Tod herbeiführte. In allen diesen Fällen fanden sich zahlreiche weiche, anhaftende Fibrinablagerungen an den Klappen, doch war der Klappenfehler offenbar nicht ganz frischen Ursprungs. Die Unterscheidung der Endocarditis von den als Residuen zurückbleibenden Klappenfehlern ist der häufigen Combination der letzteren mit noch bestehender oder immer von Neuem auftauchender Endocarditis wegen nicht strenge durchzuführen, mindestens nicht ohne genaue microscopische Untersuchung des einzelnen Falles.

Klappenfehler. Es wurden bei den Sectionen gefunden:

Vorherrschende	Stenose	der	Mitralklappe	. . bei	3 m.	3 w.	Kr.
„	Insufficienz	„	„	„	3 „	9 „	„
„	Stenose	„	Aortaklappen	„	4 „	— „	„

Vorherrschende Insufficienz der Aortaklappen . . bei 3 m. 1 w. Kr.
Combinirte Erkrankung der Mitral- und Aortaklappen . . . . . „ 4 „ — „ „

Atheromatöse Entartung der Tricuspidal- und Pulmonarklappen wurde bei einem 66jährigen Schuster, welcher an chronischem Lungencatarrh mit Emphysem litt, gefunden.

Diagnosticirt wurde ausserdem noch: Stenose der Mitralklappe bei 1 w., Insufficienz der Mitralklappe bei 8 m. 3 w., Stenose der Aortaklappen bei 2 w. Kranken.

Hypertrophie mit Erweiterung des rechten Ventrikels wurde häufig bei dauernder Circulationsstörung im kleinen Kreislauf gefunden; bei 2 m. Kranken fand sich gleichzeitig auch Hypertrophie und Erweiterung des linken Ventrikels dabei.

Hypertrophie des linken Ventrikels wurde bei 3 m. 1 w. Kranken mit Atrophie der Nieren gefunden. Ausserdem wurde die Hypertrophie ohne Klappenfehler bei 3 m. Kranken diagnosticirt.

Ruptur des linken Ventrikels war die Ursache des plötzlichen Todes bei einem 57jährigen invaliden Wärter. Die geborstene Stelle war verdünnt, ausgedehnt und an der inneren Fläche mit alten Fibrinschichten ausgekleidet.

Von angeborenen Missbildungen kam der schon im vorigen Berichte erwähnte Fall von Communication beider Ventrikel mit abweichendem Verlaufe der grossen Gefässe vor, dessen genauere Beschreibung weiter unten folgt.

Aneurysmen der Aorta kamen bei 3 m. Kranken vor. Bei einem 61jährigen Manne barst der stark nach aussen hervorragende aneurysmatische Sack schon in der Nacht nach seiner Aufnahme und entleerte sich in die Pleurahöhle. — Bei einem 63jährigen Arbeitsmanne, welcher die Symptome der Herzhypertrophie darbot und einen unrythmischen Herzschlag hatte, barst ein nicht umfängliches Aneurysma der absteigenden Brust-Aorta in das hintere Mediastinum; eine gleichzeitige Pericarditis war während des Lebens nicht erkannt worden. — In dem dritten Falle war das Aneurysma der aufsteigenden Aorta während des Lebens diagnosticirt worden; der Fall wird weiter unten genauer beschrieben werden.

Die Fälle von Thrombose und Embolie sind theilweise bei den Organen angeführt, deren Sitz sie waren; ausserdem fanden sie sich in der Lungen-Arterie in mehreren Fällen, ferner in der Milz und den Nieren bei Erkrankung der Herzklappen; desgleichen in Folge von acuter Periostitis, von Lungengangrän und von brandigen Geschwüren auf dem Kreuzbein in mehreren Organen. —

Thrombose der Vena poplitea kam bei 1 m. 1 w. Kranken, der Saphena bei 1 w. Kranken vor, ungerechnet die häufigen Thrombosen der Unterschenkelvenen im letzten Stadium der Tuberculose.

An Neubildungen kam zweimal Lipombildung vor; einmal unter dem Visceral-Blatte des Pericardium in Form vieler kleiner Geschwülste bei einem 14jährigen Schiffsjungen, welcher an Abdominaltyphus starb, das anderemal unter dem Endocardium bei einem 46jährigen Schuster, welcher an Magenkrebs starb.

Krankheiten des Verdauungscanals.

Stomatitis kam bei 3 m. 1 w. Kranken vor, zweimal ohne nachweisbare Ursache, zweimal durch Quecksilbervergiftung, wie oben bei dieser schon erwähnt ist.

Tonsillarangina wurde beobachtet bei 22 m. 10 w. Kranken; sie zeigte sich im Juni und Juli, sowie im October in mehreren Fällen kurz nach einander.

Retropharyngeal-Abscesse kamen zweimal vor, beidemal bei weiblichen Kranken in Folge von Variola. Der erstere Fall gelangte zur Heilung, in dem zweiten erfolgte der Tod.

Unter den acuten gastrischen Catarrhen habe ich in den vorigen Berichten diejenigen Fälle aufgeführt, welche, mit gestörtem Allgemeinbefinden und meist mit Fiebererscheinungen verbunden, keine andere locale Störung nachweisen lassen, als die gestörte Function und den gereizten Zustand der Magenschleimhaut. Solche Fälle werden von den verschiedenen Aerzten verschieden aufgefasst und demgemäss rubricirt. Da eine bestimmte Diagnose in solchen Fällen nicht zu stellen ist, so ist die Bezeichnung ziemlich gleichgültig, wenn man sie nur nicht ohne weiteren Grund, als eine Vermuthung, anderen genauer bezeichneten Processen anreiht. Viele Fälle der Art stehen wahrscheinlich dem Abdominaltyphus nahe, andere stellen unentwickelte Formen von Intermittens oder auch der acuten Exantheme dar, manche Fälle sind, namentlich beim weiblichen Geschlechte und bei chlorotischer Diathese, Folge irgend einer zufälligen Krankheitsursache, einer Indigestion, einer Gemüthsbewegung, einer Anstrengung oder dergleichen, welche bei der vorhandenen grossen Erregbarkeit vorübergehende Störungen des Allgemeinbefindens erzeugen. Die Zahl der unter dieser Rubrik aufgeführten, im Laufe des Jahres 1860 aufgenommenen Kranken betrug 80 m. 35 w.; eine grössere Häufigkeit in einzelnen Monaten wurde nicht beobachtet.

Chronischer Magencatarrh kam vor: in Folge von Alcoholmissbrauch bei 2 m., bei Atrophia hepatis bei 2 m., in Folge von Uterinleiden bei 2 w. Kranken; bei zwei Männern waren die Erscheinungen der Stenose des Pylorus angedeutet, aber nicht ausgesprochen; bei einem Manne war Marasmus senilis vorhanden, bei zwei Männern war keine Ursache aufzufinden.

An Cardialgie litten 4 m. 16 w. Kranke.

Die Erscheinungen des runden Magengeschwürs hatten 3 m. 10 w. Kranke. Hierher sind solche Fälle gerechnet, bei denen sich das Vorhandensein des Geschwürs durch Blutbrechen zu irgend einer Zeit des Magenleidens kundgegeben hatte. Drei Fälle bei weiblichen Kranken endigten tödtlich; in dem einen trat Blutung aus der Arteria lienalis ein, in dem anderen trugen wiederholte Blutungen aus kleineren Gefässmündungen im Grunde des Geschwürs zu dem durch Erschöpfung erfolgenden Tode bei, die dritte Kranke litt gleichzeitig an Emphysem mit Herzerweiterung und Hydrops, hatte aber dabei fortwährend heftige Magenschmerzen gehabt.

Follieulargeschwüre des Magens wurden dreimal, bei 1 m. Kranken, der an Tuberculose starb, bei einer 76jährigen, an Marasmus und Pneumonie verstorbenen Frau und bei einer 68jährigen Tagelöhnerin, die an chronischem Lungencatarrh mit Erweiterung der rechten Herzhälfte litt, gefunden.

Polypöse Auswüchse der Magenschleimhaut wurden bei einem 62jährigen Musiker, welcher an Hirnblutung starb, zufällig gefunden.

Careinom war bei 9 m. 1 w. Kranken im Oesophagus vorhanden; sie starben alle. Besonders häufig war der Durchbruch des Krebsgeschwüres in die Luftwege, nämlich bei 2 m. Kranken in die Trachea, bei 1 m. in den linken Bronchus, bei 2 m. in die Lunge. Bei 3 männl., schon bejahrten Kranken fand sich gleichzeitig mit dem Carcinom Lungentuberculose.

Carcinom der Cardia war bei 1 m. Kranken mit Tuberculose der Lungen und des Darmcanals verbunden. — Carcinom des Magens ohne Verengerung der Mündungen war bei 7 m. 1 w. Kranken vorhanden; 2 m. Kranke gingen ungeheilt ab, die übrigen starben. — Carcinom des Pylorus war bei 7 m. 2 w. Kranken zugegen; alle starben. Eine weibliche Kranke hatte gleichzeitig Lungentuberculose.

Acute Catarrhe des Darmcanals waren im Jahre 1860 ziemlich häufig, namentlich im März und Juli. Oft war blutiger

Stuhlgang und Tenesmus mit denselben verbunden, doch wichen alle Erscheinungen ohne Schwierigkeit der Behandlung mit schleimigen Mitteln und Opium. — Acute Darmcatarrhe gesellten sich auch häufig zu anderen Krankheiten in den Zeiten, wo Durchfälle herrschten; einigemal traten in einzelnen Abtheilungen des Krankenhauses diese Durchfälle so plötzlich und verbreitet auf, dass man an eine nachtheilige Beschaffenheit der Speisen und Getränke denken musste. Diese liess sich indessen bei der angestellten Untersuchung nicht nachweisen, auch wurde dies schon dadurch unwahrscheinlich gemacht, dass andere Abtheilungen, in denen dieselben Nahrungsmittel genossen waren, nicht erkrankten.

Der chronische Catarrh des Dickdarms mit Verschwärung führte den Tod herbei bei einem 33jährigen Galanterie-Arbeiter, welcher an Wechselfieber-Cachexie litt, und bei einer 42jährigen Näherin, welche eine weit gediehene amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren hatte.

Innere Obstructionen kamen bei 3 m. 1 w. Kranke vor. — Ein 23jähriger Korbmachergesell hatte schon 12mal an plötzlich eintretendem Erbrechen mit Stuhlverstopfung gelitten; die bedenklichen Erscheinungen hatten sich stets nach einigen Tagen verloren, so auch diesmal. Eine Ursache war bei genauer Untersuchung nicht aufzufinden, er war sonst auch ganz gesund. — Bei einem 33jährigen Heizer trat nach mehrtägiger Dauer des Ileus Abgang blutigen Wassers aus dem Mastdarm ein, dann folgte flüssiger Stuhlgang, welcher mehrere Tage anhielt. — Bei einer 50jährigen Arbeiterin, welche an Carcinom des Uterus litt, aber noch gut genährt war, hatten sich allmählig die Erscheinungen der Strictur des Colon entwickelt. Sie hatte seltene und ganz ungenügende Kothentleerung und längere Zeit Kotherbrechen, man fühlte deutlich die mit Koth erfüllten Darmschlingen. Die ihr vorgeschlagene Enterotomie verweigerte sie; der Tod erfolgte durch Uterinblutung. Die Verengerung war Folge der Compression des Dickdarms am Eingange der Beckenhöhle durch die Wucherung der Krebsgeschwulst. — Bei einem 25jährigen Bäckergesellen wurde die Enterotomie mit glücklichem Erfolge in der Art ausgeführt, dass nur eine kleine Oeffnung im Darme in der linken Fossa iliaca gemacht wurde. Die Heilung der so gebildeten Kothfistel erfolgte schon vier Wochen nach der Operation. Der Fall ist ausführlich in Langenbeck's Archiv für Chirurgie Bd. I. Heft 2. beschrieben.

Von den Erkrankungen des Wurmfortsatzes sind zwei Fälle von Perforation desselben, welche tödtlich endeten, zu erwähnen.

Vermuthet wurde die Durchbohrung noch in mehreren Fällen von umschriebener Peritonitis der Coecalgegend. Die sonstigen Krankheiten und Veränderungen des Processus vermiformis waren ungefähr in gleicher Häufigkeit, als in den früheren Jahren, ich habe ihre statistische Aufzählung diesmal unterlassen, da diese an sich keinen Werth hat, sondern früher von mir nur zu dem Zweck unternommen wurde, diese Häufigkeit hervorzuheben. Durchbohrungen des Coecums und Vereiterung des Zellgewebes hinter demselben wurde nicht beobachtet.

Carcinom des Mastdarms kam bei 2 weiblichen Kranken vor, welche ungeheilt entlassen wurden.

Peritonitis.

Die Ursache derselben war Perforation des Darmcanals in folgenden Fällen:

Bei 1 m. 1 w. Kranken war der Processus vermiformis durch Verschwärung durchbohrt; diese Fälle endigten tödtlich. — Bei 4 m. 1 w. Kranken mit umschriebener Peritonitis in der Gegend des Coecum wurde die Perforation des Wurmfortsatzes vermuthet.

Durchbohrung eines tubereulösen Geschwürs im Dünndarm war bei 1 m. Kranken die Todesursache.

Bei 3 m. Kranken war die Peritonitis durch Perforation eines typhösen Geschwürs bedingt.

Hernien waren dreimal Ursache einer tödtlichen Peritonitis. Ein enormer Serotalbruch, welcher nach der Einklemmung nur theilweise reponirt werden konnte, verursachte unter Hinzutritt von Erysipelas des Scrotum und von Peritonitis bei einem alten Bewohner der Siechenstation den Tod. — Bei einer an Amentia senilis und Marasmus leidenden 79jährigen Frau war eine seitliche Einklemmung einer Dünndarmschlinge ohne Verschliessung des Darmlumens vorhanden und hierdurch tödtliche Peritonitis entstanden. — Das drittemal war der Processus vermiformis im Eingange des Annulus eruralis bei einem 20jährigen Kneeht eingeklemmt, ohne dass sich äusserlich eine Geschwulst gezeigt hätte; es hatte keine Perforation stattgefunden. Die Erscheinungen waren die des Ileus gewesen, es erfolgte indessen nach einem Klystier Stuhlgang.

Bei einer 22jährigen Plätterin war die Peritonitis im Woehenbette entstanden: die Kranke kam erst 7 Wochen nach der Entbindung mit einem abgesaekten Exsudate im unteren Theil des

Leibes ins Krankenhaus und starb hier nach 5 Tagen an Bronchopneumonie; sie hatte ausserdem noch starken Catarrh des Colon.

Umschriebene Peritonitis in der Gegend des einen Ovarium war bei 5 Kranken vorhanden, welche entlassen wurden; eine Kranke mit einer grossen Cystengeschwulst des Ovarium hatte nach einer Contusion des Leibes peritonitische Symptome bekommen, welche beseitigt wurden.

Entzündung des Becken-Peritonaeum, von den inneren Geschlechtsorganen ausgehend, kam bei 24 weiblichen Kranken vor: 22 derselben waren Prostituirte.

In Begleitung von Pleuritis kam Peritonitis bei einer 19jährigen Näherin vor, welche an Insufficienz und Stenose der Mitralklappe litt. — Bei einem Manne war sie durch Pyaemie bedingt.

Bei Tuberculose kam die Peritonitis theils mit, theils ohne Tuberkelablagerung auf dem Peritonaeum vor. Letzteres war bei 5 m., 1 w. Kranken der Fall. — Die Tuberkelablagerung war in einigen Fällen in Form von miliaren Knötchen oder grösseren platten Geschwülsten, den Wachstropfen ähnlich, vorhanden; in anderen dagegen stellte sie den käsigen Zerfall eines diffusen Exsudats dar und war in diesen Fällen theils primär, theils wenigstens die vorherrschende Krankheit. Diese Fälle, welche im klinischen Verlaufe manches Eigenthümliche darbieten, habe ich mit einigen anderen weiter unten näher beschrieben.

Carcinomatöse Peritonitis wurde bei 3 weiblichen Kranken beobachtet; einmal mit Krebs des Uterus, einmal mit Krebs des Ovarium, einmal mit Krebs in den Lungen und den Mesenterial-Drüsen.

Hämorrhagische Peritonitis ohne nachweisbare Ursache wurde bei einer 37jährigen weiblichen Kranken beobachtet; sie hatte gleichzeitig Icterus und allgemeinen Hydrops, ohne Albuminurie.

Bei einem 49jährigen Schneider, welcher an Atrophie des Rückenmarkes litt, entstand eine starke tödtliche Blutung in den Peritonäalsaek, deren Quelle, trotz sorgfältiger Nachforschung, nicht gefunden wurde; es war gleichzeitig das Zellgewebe im Mesenterium mit geronnenem Blute infiltrirt und hierdurch die Untersuchung sehr erschwert. In den grösseren Gefässen war jedoch keine Abnormität zu entdecken.

Residuen früherer Peritonitis wurden, abgesehen von den schon angeführten Fällen von umschriebener Peritonitis in der

Gegend des Coecum oder der Ovarien, noch in mehreren Fällen in verschiedener Stärke und Ausdehnung gefunden. Häufig waren namentlich am Mesenterium sehnige Verdickungen, ebenso zellige Verbindungsstränge zwischen einzelnen Organen und ihrer Umgebung, desgleichen namentlich bei Frauen Pigmentirung des Beckenperitonäum. — Zottige Auswüchse mit kolbigen Anhängen kamen bei 3 m. Kranken vor, welche an Tuberculose starben. — Bei einer 73jährigen Frau, welche an Mastdarmkrebs starb, wurde ein begrenztes peritonitisches Exsudat hinter dem Magen gefunden; zu demselben führte eine Oeffnung der hinteren Magenwand im Grunde eines fast ganz vernarbten runden Geschwürs. Der Umfang des hinter dem Magen gelegenen Heerdes war sehr gering und letzterer hatte während des Lebens keine besonderen Symptome hervorgerufen. — Bei einer 29jährigen Arbeiterin, welche an den Erscheinungen des Blasencatarrhs litt und bei welcher ihres anämischen Aussehens, sowie ihrer Abmagerung wegen, Tuberculose der Harnorgane vermuthet war, fand man bei der Section die Spuren einer früher bestandenen intensiven Peritonitis der linken Beckengegend und einen Fistelgang, welcher von hier aus in den Blasengrund führte. Es war gleichzeitig sehr bedeutende amyloide Degeneration der Leber, Milz und Nieren vorhanden.

Krankheiten der Leber und Gallenwege.

Einfacher Icterus ohne bestimmt nachweisbare Ursache kam bei 17 m. 6 w. Kranken vor.

Icterus gravis wurde zweimal mit tödtlichem Ausgange beobachtet, das einemal bei einem 32jährigen Schustergesellen, das anderemal bei einem 23jährigen Dienstmädchen. In keinem dieser Fälle war eine beträchtliche Volumensverminderung der Leber zugegen, im letzteren eher eine Volumenszunahme: in diesem Falle fand man die von Rokitansky zuerst beschriebene, anscheinend acut entstandene, Fettentartung der Leber, der Nieren und des Herzfleisches. — Ausser diesen Fällen wurden noch bei 3 m. Kranken, welche an Cirrhosis der Leber litten, Hirnerscheinungen mit Icterus beobachtet.

Intensiver Icterus war auch bei einem 37jährigen Galanterie-Arbeiter vorhanden, welcher an Wechselfieber-Cachexie litt und an Verschwärung des Dickdarms starb. Die Leber war von schmutzig gelb-grüner Farbe, wenig vergrössert und etwas zähe; in den

Zellen war viel Gallenpigment, aber kein schwarzes Pigment abgelagert.

Lebercirrhose, oder Schrumpfung des Leberparenchyms durch schwieliges interstitielles Bindegewebe, wurde bei 12 m. 3 w. Kranken durch die Section nachgewiesen; ausserdem waren die Erscheinungen dieser Affection noch bei 2 m. 1 w. Kranken, welche entlassen wurden, vorhanden. Zweimal, bei weiblichen Kranken, waren blutige Darmausleerungen, das einemal zugleich Purpura zugegen. Icterus zeigte sich bei 4 m. 1 w. Kranken.

Carcinom der Leber wurde bei 4 m. 2 w. Kranken beobachtet; bei 3 m. war Magenkrebs, bei 1 m. Krebs des Rectum, bei 1 w. Uteruskrebs, bei 1 w. Krebs der Lunge und des Mesenterium gleichzeitig vorhanden.

Ein Echinococcussack wurde bei einer 43jährigen Frau, welche an Hirnleiden starb, zufällig gefunden.

Bedeutende Erweiterung der Gallengänge wurde zweimal gefunden; einmal bei einer 57jährigen marastischen Frau, welche an Bronchopneumonie starb und keinen Icterus gehabt hatte, das anderemal bei einem 54jährigen Manne, bei welchem der Ductus choledochus durch mit Krebsmasse infiltrirte Drüsen in der Gegend des Pancreaskopfes comprimirt war. In diesem Falle war starker Icterus zugegen.

Bei einer 62jährigen Frau wurde zufällig eine abnorme Communication der Gallenblase mit dem Duodenum gefunden; dieselbe war Folge einer früheren ulcerösen Durchbohrung, denn die Spuren früherer Entzündung waren an den Wandungen der verdickten und zusammengefallenen Gallenblase deutlich zu erkennen. Der Ductus choledochus war erweitert.

Amyloide Degeneration mit bedeutender Vergrösserung der Leber wurde bei 2 w. Kranken beobachtet; die eine litt an chronischem Intestinalcatarrh, die andere an einem umschriebenen peritonitischen Heerde in der Beckenhöhle, welcher durch eine Fistelöffnung mit dem Blasengrunde in Verbindung stand.

Bei einem 70jährigen Manne, welcher an chronischem Blasencatarrh litt, wurde am Fundus der Gallenblase eine etwa haselnussgrosse, weisse, weiche Geschwulst gefunden, welche mit der Schleimhaut in unmittelbarer Verbindung stand, beim Einschnitt einen undeutlich alveolaren Bau erkennen liess und eine weissliche, halbdurchscheinende, schleimige Flüssigkeit enthielt. Die micros-

copische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst eine grosse Menge länglicher, grösstentheils mit grossen Cylinderepithel-Zellen ausgekleideter Schläuche in einem zarten Gerüst von Bindegewebe enthielt; vermuthlich eine Form von Cancroid. Es bestand noch auf der Haut des Bauches eine platte, mit trockner Epidermis bedeckte, einem Naevus ähnliche Geschwulst von ovaler Form und nicht bedeutendem Umfange, deren microscopische Untersuchung zwiebelartig geschichtete Epidermiszellen erkennen liess.

Krankheiten der Harnorgane.

Morbus Brightii.

Diese Krankheit theilt das Schicksal so vieler empirisch aufgestellter Krankheitseinheiten, dass sie sich bei genauerer Untersuchung schwer als solche scharf begrenzen lassen und doch aus practischen Gründen nicht sogleich aufgegeben werden können. Für klinische Berichte kann man ebensowenig alle Fälle, wo sich vorübergehend etwas Eiweiss und einige Exsudatcylinder im Harn finden, zum Morbus Brightii rechnen, als diejenigen, in welchen man bei der Section Atrophie der Nieren als Residuum früherer Erkrankung findet; man kann ferner die amyloide Degeneration der Nieren vor der anderer Organe nicht besonders hervorheben und zum Morbus Brightii rechnen, wenn nicht durch sie die wesentliehsten Krankheitserscheinungen hervorgerufen waren. Diesem Gesichtspuncte gemäss sind die folgenden Notizen über die im Jahre 1860 im allgemeinen Krankenhause beobachteten Fälle von Morbus Brightii zusammengestellt.

Die Krankheit kam acut bei 7 m. 3 w. Kranken vor; es endigte nur ein Fall bei 1 m. Kranken tödtlich. Bei einem anderen männlichen Kranken war noch etwas Eiweissgehalt des Harns vorhanden, als er, trotz der ihm gemachten Vorstellungen, seine Entlassung verlangte. — Bei 2 m. Kranken waren keine hydropischen Anschwellungen zugegen. Einer derselben, ein 22jähriger Tischlergesell, kam im Prodromalfieber einer nicht bedeutenden Varioloiseruption in's Krankenhaus; der Urin war sparsam, dunkel und enthielt Blut, viel Eiweiss und reichliche Cylinder. Nach 4 Wochen war er hergestellt. — Bei dem anderen Kranken, einem 42 Jahre alten Aufwärter, bestand längere Zeit Lungencatarrh; er litt an Durchfall, öfterem Leibschmerz, Druck in der Magengegend, Uebel-

keit und Erbrechen, mitunter hatte er auch Kopfschmerz und bisweilen Beklemmungszufälle.

Von den weiblichen Kranken war eine im Zustande der vorgerückten Schwangerschaft und hatte gleichzeitig einen weit verbreiteten Bronchialcatarrh. Beide Leiden verloren sich nach der frühzeitig erfolgten Entbindung. — Bei einer anderen weiblichen Kranken war muthmasslich Scharlach vorhergegangen, obwohl dies nicht mit Sicherheit zu ermitteln war. — Die Behandlung hatte ausser in Ruhe und sonstigem zweckmässigen Verhalten in der Anwendung von Liq. Ammonii acetici, Liq. Kali citrati, Digitalis, in einigen Fällen auch von drastischen Abführmitteln, bisweilen auch von trocknen und blutigen Schröpfköpfen in der Lumbargegend bestanden.

Der tödtlich verlaufene Fall betraf einen 35jährigen Müllergesellen, bei welchem erst drei Wochen nach seiner Aufnahme ödematöse Anschwellung sich zeigte. Er wollte erst 8—14 Tage krank sein, als er in's Krankenhaus kam und klagte über Kopfschmerz, Husten und Durchfall. Im Verlauf seiner Krankheit entstand ein Abscess in der Tenonschen Kapsel am linken Auge, welchen man im Zellgewebe der Orbita vermuthete und desshalb vergeblich durch einen Einschnitt zur Seite des Bulbus zu entleeren suchte. Er öffnete sich später von selbst; bei der Section fand man das Zellgewebe der Orbita unbetheiligt. Es bildete sich bei dem Kranken noch Pleuritis der linken Seite und zuletzt Meningitis aus, welche letztere den Tod herbeiführte. — Die Nieren waren gross, die Corticalsubstanz aufgelockert und mit gelben, kleinen Puncten durchsäet. An der verdickten Mitralklappe befanden sich warzige Excrescenzen.

Chroniseher Morbus Brightii kam bei 6 m. 6 w. Kranken vor, von denen nur 2 w. gebessert entlassen wurden; die anderen starben. Von diesen litten 1 m. 4 w. an Klappenfehlern, der männliche an Stenose der Aortaklappen, die weiblichen an Stenose und Insufficienz der Mitralklappe; 2 m. 1 w. Kranke litten gleichzeitig an Tuberculose. Ein Kranker litt noch an Erysipelas repens. In den hydropisch geschwollenen Theilen entstand zweimal Erysipelas, jedesmal nach Scarificationen.

Unter anderen drastischen Mitteln wurde auch das Elaterium album oder anglicum versucht. Das in Hamburg allein officinelle schwarzgrüne Extractum Elaterii muss man mitunter zu gr. X—XV geben, ehe man die gewünschte Wirkung erlangt, von dem weissen englischen Elaterium darf man nur mit $^1/_{12}$ Gran beginnen und hat bei $^1/_8$ Gran oft schon heftige Wirkungen.

Ausgesprochene amyloide Degeneration der Nieren kam bei 3 m. 4 w. Kranken vor.

Atrophie der Nieren höheren Grades wurde bei 5 m. 10 w. Kranken gefunden; bei 3 m. 4 w. Kranken war gleichzeitig Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenfehler vorhanden.

Erscheinungen von Urämie wurden in verschiedenen Graden bei 4 m. 3 w. Kranken beobachtet; bei 2 w. Kranken war Compression der Ureteren durch Krebs des Uterus die Ursache.

Hydronephrose in Folge von Compression der Ureteren und von sonstigen Hindernissen der Urinentleerung wurde mehrfach beobachtet. — Pyelitis kam einmal mit Ablagerung kleiner Concremente bei einem 14jährigen Schiffsjungen vor; der Befund war zufällig. Ein anderer Fall von chronischer Pyelitis wurde bei einem 70jährigen Manne beobachtet, welcher in Folge früherer Apoplexie an halbseitiger Lähmung litt.

Interstitielle Nephritis kam einmal in Begleitung von Abdominaltyphus vor, ausserdem auch in Fällen von chronischem Blasencatarrh, welche tödtlich verliefen. — Keilförmige Fibringerinnungen in Folge von Embolie bei Klappenfehlern kamen ziemlich häufig vor.

Bei einer weiblichen Kranken wurde eine unpaarige Niere gefunden; diese war gleichzeitig durch Druck vom erweiterten Nierenbecken und Ureter aus geschwunden. Die Ursache dieser Erweiterung war eine andere, aber seltenere Missbildung, nämlich die eine Hälfte eines Uterus bipartitus, in welchem sich bei Atresie des Muttermundes das Menstrualblut angehäuft hatte.

Krebs der Nieren wurde zweimal, bei 1 m. 1 w. Kranken, das einemal mit Lungencarcinom, das anderemal bei Krebs des Uterus gefunden.

Tuberculose der Nieren wurde meist nur in Form von Granulationen oder kleineren keilförmigen Infiltrationen gefunden; an den Nierenbecken, den Ureteren und der Blase kam sie selten zur Beobachtung und dann nicht in der sonst gewöhnlichen Ausdehnung auf beide Seiten und auf die Geschlechtsorgane. Diese Form der infiltrirten Schleimhaut-Tuberculose wurde nur bei 2 m. 1 w. Kranken beobachtet.

Blasencatarrh kam in acuter Form bei 4 m. 2 w., in chronischer bei 5 m. 2 w. Kranken vor; von den letzteren Fällen endeten drei bei 2 m. 1 w. tödtlich. Bei den Männern waren Ver-

grösserungen der Prostata, Stricturen der Harnröhre oder Lähmung der Blase bei Rückenmarksleiden die gewöhnlichste Veranlassung.

Enuresis nocturna wurde bei 2 m. 1 w. Kranken behandelt und zwar auf eine sehr einfache Weise, welche ich bis jetzt, mit Ausnahme eines Falles bei einem erwachsenen Mädchen, stets mit sicherem und günstigen Erfolge angewendet habe. Es besteht darin, dass man die Kranken anfangs stündlich, später in grösseren Zwischenräumen, des Nachts aufwecken lässt und sie anhält, den Urin zu lassen; schon nach wenigen Tagen genügt meist ein einmaliges Aufwecken des Nachts und nach vier Wochen ist in der Regel die Heilung vollendet. Dies Verfahren ist keineswegs neu und unbekannt, verdient aber bei der Rathlosigkeit, welche noch vielfach bei der Behandlung dieses Uebelstandes herrscht, mehr hervorgehoben zu werden. In Hospitälern, wo stets einzelne Wärter des Nachts wachen, ist die Ausführung leicht, aber auch in der Privatpraxis nicht schwer, wenn man nur für die mit dieser so störenden Schwäche behaftete Person einen eigenen Wärter für die Nächte engagiren lässt. Arzneimittel wurden hierbei nicht angewendet.

Krankheiten des Uterus und der Ovarien.

Menostasie war 1mal, Menorrhagie 5mal, Hyperaesthesie des Uterus 6mal Gegenstand der Behandlung.

Carcinoma Uteri kam 14mal vor; 4 Kranke wurden ungeheilt entlassen, die übrigen starben. Von diesen sind zwei Fälle hervorzuheben; der eine, welcher schon oben erwähnt ist, wo die Wucherung des Krebses eine Verengerung der Flexura iliaca und hierdurch Kothanhäufung über der Strictur und Kothbrechen bedingt hatte, und ein anderer Fall, wo ein nicht ausgedehntes Cancroid der Portio vaginalis in Verbindung mit einem fast Kindskopf grossen, äusserlich verkalktem Fibrid vorkam; letzteres hatte sich gegen das Promontorium fest angelehnt und machte den Eindruck eines mit der Wirbelsäule verschmolzenen Tumors, den man um so leichter für carcinomatöser Natur hielt, als in den letzten Wochen eine Lähmung der unteren Extremitäten eingetreten war. Für die letztere wurde bei der Section keine Ursache aufgefunden.

Bemerkenswerth war ein Fall von Atresie der einen Hälfte eines zweigetheilten Uterus, in welchem der Tod in Folge dieser Missbildung eintrat.

Die Menstruation war vermittels der anderen Uterushälfte stets regelmässig gewesen, so dass an Zurückhaltung des Menstrualbluts gar nicht gedacht wurde. Die sehr erschöpfte Kranke kam mit der Notiz, dass sie an Ovariencysten leide, in's Krankenhaus; die Untersuchung des Leibes liess zwei rundlich ovale, gespannte Tumoren fühlen, von denen, wie die Section zeigte, der rechts gelegene kleinere das von Blut ausgedehnte Horn des Uterus, der andere die ausgedehnte Blase war. Der Urin floss beständig mit übelriechendem Secret vermischt ab, so dass auch die Harnverhaltung nicht erkannt wurde. Die von Blut ausgedehnte rechte Uterushälfte verschloss den Beckeneingang fast vollständig. Wie schon oben erwähnt, war in diesem Falle nur eine Niere vorhanden. Die Kranke war eine 43 Jahre alte Wäscherin.

Zu einer grossen Cystengeschwulst des Ovariums gesellte sich eine krebsige Peritonitis, welche nach längerem schweren Leiden den Tod herbeiführte.

Statistische Notizen über die vom 1. December 1859 bis Juli 1861 im Allgemeinen Krankenhause behandelten Blatternkranken.

Bei der grossen Ausbreitung, welche die letzte Blatternepidemie in Hamburg gewonnen hatte, erliess der Gesundheitrath im December 1859 an alle Aerzte eine Aufforderung zur Meldung sämmtlicher Blatternkranken seit Anfang December, mit Rücksicht auf vorhergegangene Impfung und die Form der Krankheit.

Diese Aufforderung gab zunächst zu den jetzt folgenden statistischen Zusammenstellungen Veranlassung, während vorher im Drange der Geschäfte die Notizen über die vorherige Impfung nicht mit der Genauigkeit und Vollständigkeit gesammelt waren, dass man sie zu statistischen Zusammenstellungen hätte benutzen können.

Die Frage, ob im einzelnen Falle Variola oder Variolois vorhanden war, ist keineswegs ganz leicht zu entscheiden, da sich beide Formen nicht strenge scheiden lassen. Für statistische Angaben bedarf man jedoch eines bestimmten Eintheilungsprincips; ich habe daher den Eintritt des sogenannten Maturations- oder Eiterungs-Fiebers als Unterscheidungsmerkmal festgehalten und alle Fälle, in welchen dieses eintrat, zur Variola gerechnet, wenn auch der Verlauf sonst ein sehr milder war. Für die frühere Impfung wurde meist das Vorhandensein der Narben als massgebend angenommen.

Die Gesammtzahl der Blatternkranken im allgemeinen Krankenhause vom 1. December 1859 bis zum völligen Erlöschen der Epidemie im Jahre 1861 betrug 449 m. 249 w., von denen 22 m. 18 w. starben.

Von diesen Kranken hatten Variola	64 m.	34 w.
von diesen starben	17 „	15 „
An Variolois litten	385 „	215 „
von diesen starben	5 „	3 „

Die geringe Sterblichkeit bei Variolois wird noch geringer, wenn man den direeten Einfluss der Krankheit auf das tödtliche

Ende als massgebend annimmt, wie dies aus den näheren Angaben hervorgehen wird.

Da beide Krankheitsformen sich nur durch die Intensität ihres Verlaufes unterscheiden, im Wesentlichen aber demselben Krankheitsprocesse angehören, so hat die Unterscheidung der beiden Formen bei statistischen Zusammenstellungen nur Werth in Bezug auf die Vaccination; ich werde daher in den folgenden Notizen die Trennung der beiden Formen nur so weit durchführen, als sie in dieser Hinsicht Bedeutung hat und zum Schlusse einige Notizen über den Verlauf der Krankheit, ohne Rücksicht auf die Form, hinzufügen.

A. Variola.

Von diesen Kranken waren geimpft 37 m. 15 w., es starben 5 m. 5 w.
nicht geimpft 10 „ 9 „ „ „ 4 „ 5 „
Die Impfung war unbestimmt bei 17 „ 10 „ „ „ 8 „ 5 „
64 m. 34 w., es starben 17 m. 15 w.

Unter den nicht Geimpften waren eine Kranke von 25 Jahren, welche starb, bei welcher zweimal die Impfung vergeblich versucht war.

Von den an Variola leidenden Kranken hatten 2 weibliche Kranke, von 52 und von 64 Jahren, schon einmal die Blattern gehabt; die ältere der beiden Kranken starb.

Von den geimpften Variola-Kranken befanden sich in dem Alter

von	8	Jahren	—	m.	1	w.,	gestorben	— m.	— w.
„	19	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	21	„	2	„	1	„	„	— „	— „
„	22	„	2	„	1	„	„	— „	— „
„	23	„	1	„	1	„	„	— „	— „
„	25	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	26	„	3	„	3	„	„	— „	1 „
„	27	„	3	„	2	„	„	— „	1 „
„	28	„	4	„	—	„	„	1 „	— „
„	29	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	30	„	2	„	1	„	„	— „	— „
„	31	„	3	„	1	„	„	— „	1 „
„	32	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	33	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	34	„	1	„	—	„	„	— „	— „

von	38	Jahren	—	m.	1	w.,	gestorben	— m.	1 w.
„	40	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	42	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	43	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	45	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	46	„	2	„	—	„	„	— „	— „
„	47	„	—	„	1	„	„	— „	— „
„	48	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	49	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	54	„	1	„	2	„	„	— „	1 „
„	56	„	2	„	—	„	„	1 „	— „
			37 m.		15 w.,		gestorben	5 m.	5 w.

Von den nicht geimpften Variola-Kranken befanden sich in dem Alter

von	30	Wochen	1	m.	—	w.,	gestorben	1 m.	— w.
„	$1\frac{3}{4}$	Jahren	—	„	1	„	„	— „	1 „
„	5	„	—	„	1	„	„	— „	1 „
„	6	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	9	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	13	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	18	„	—	„	1	„	„	— „	— „
„	19	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	25	„	—	„	1	„	„	— „	1 „
„	29	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	31	„	1	„	—	„	„	— „	— „
„	36	„	1	„	1	„	„	— „	— „
„	37	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	42	„	—	„	1	„	„	— „	— „
„	47	„	—	„	1	„	„	— „	1 „
„	49	„	—	„	1	„	„	— „	1 „
„	52	„	1	„	—	„	„	1 „	— „
„	55	—	—	„	1	„	„	— „	— „
			10 m.		9 w.,		gestorben	4 m.	5 „

Die Variola-Kranken, bei denen die Impfung unbestimmt war, waren gewiss zum grösseren Theile nicht geimpft; die folgende Tabelle des Alters derselben ist angefertigt, um das Alter und die Sterblichkeit nach dem Alter bei den Fällen von Variola zu vervollständigen.

Es waren in dem Alter

von	$1\frac{1}{2}$	Jahren	—	m.	1	w.,	gestorben	—	m.	1 w.
„	$1\frac{3}{4}$	„	—	„	1	„	„	—	„	1 „
„	6	„	—	„	1	„	„	—	„	— „
„	15	„	1	„	—	„	„	1	„	— „
„	20	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	23	„	—	„	1	„	„	—	„	— „
„	24	„	2	„	1	„	„	2	„	— „
„	25	„	2	„	—	„	„	—	„	— „
„	28	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	32	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	36	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	37	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	38	„	1	„	—	„	„	1	„	— „
„	41	„	1	„	1	„	„	—	„	1 „
„	44	„	1	„	—	„	„	1	„	— „
„	45	„	—	„	1	„	„	—	„	— „
„	47	„	1	„	—	„	„	—	„	— „
„	48	„	1	„	—	„	„	1	„	— „
„	53	„	—	„	1	„	„	—	„	1 „
„	54	„	1	„	1	„	„	1	„	— „
„	56	„	1	„	1	„	„	1	„	— „
			17	m.	10	w.,	gestorben	8	m.	5 w.

Ohne Rücksicht auf vorhergegangene Impfung vertheilten sich die Erkrankungsfälle bei Variola auf die verschiedenen Alter in folgender Weise:

Im Alter

von	0— 1	Jahr	erkrankt	1	m.	—	w.,	gestorben	1	m. — w.
„	1— 2	„	„	—	„	3	„	„	—	„ 3 „
„	5—10	„	„	2	„	3	„	„	—	„ 1 „
„	10—20	„	„	5	„	1	„	„	1	„ — „
„	20—30	„	„	25	„	12	„	„	5	„ 3 „
„	30—40	„	„	14	„	3	„	„	3	„ 2 „
„	40—50	„	„	11	„	6	„	„	3	„ 4 „
„	50—60	„	„	6	„	6	„	„	4	„ 2 „
			erkrankt	64	m.	34	w.,	gestorben	17	m. 15 w.

Variola haemorrhagiea kam bei 5 m. 1 w. vor, von diesen hatten 3 m. confluirende Blattern mit Petechien, 2 m. Blutergüsse zwischen die Bauchmuskeln, einer von diesen auch unter die dura

Mater; die weibliche Kranke hatte Blutungen aus dem Darmcanal und der Vagina. In den letzteren drei Fällen war das Exanthem nur unvollkommen entwickelt.

Zwei schwangere Blatternkranke starben, nachdem sie kurz vor dem Tode niedergekommen waren.

Die meisten Kranken starben während des Bestehens des Ausschlages; man fand sehr häufig eine starke Entzündung des Schlundkopfes, des Kehlkopfes und der Luftröhre mit croupösen Exsudationen, kleinen Geschwüren, theilweiser brandiger Zerstörung und ödematöser Anschwellung der Schleimhaut. — Im Decrustationsstadium starben 3 m. 5 w. Kranke; von diesen starb eine Kranke an Meningitis, eine andere bejahrte Kranke an Marasmus, ein Knabe an tuberculöser Pneumonie, die übrigen an Erschöpfung durch mehrfache Abscesse, zum Theil unter Hinzutritt von Pyaemie und Morbus Brightii.

B. Variolois.

Von den Kranken mit Variolois waren

geimpft	357 m.	196 w.	Kranke,
nicht geimpft	12 „	11 „	„
die Impfung war unbestimmt bei	16 „	8 „	„
	385 m.	215 w.	Kranke.

Von den nicht geimpften Kranken war ein 14jähriges Mädchen einmal, ein männlicher Kranker von 25 und eine weibliche von 26 Jahren zweimal vergeblich geimpft.

Zehn Kranke mit Variolois hatten schon einmal die Blattern gehabt, das Alter derselben war

16	Jahre bei	1 m.	— w.	Kr.	
20	„ „	— „	1 „	„	
23	„ „	2 „	— „	„	
25	„ „	1 „	— „	„	
46	„ „	— „	1 „	„	
54	„ „	— „	1 „	„	
55	„ „	— „	1 „	„	
60	„ „	— „	1 „	„	
72	„ „	— „	1 „	„	
		4 m.	6 w.	Kr.	

Von den an Variolois leidendenden Kranken starben folgende: Ein Knabe von 2¼ Jahren an Laryngitis, nach fast vollendeter Decrustation; ein 13jähriges Mädchen an einem Psoas-Abscess, der

schon lange vor dem nicht bedeutenden Ausbruche von Variolois bestanden hatte; ein 18jähriges Mädchen, welches in der Abschuppungsperiode des Scharlachs von Variolis befallen wurde, an plötzlich eingetretenem Lungen-Oedem; ein 29jähriger Schustergesell ziemlich plötzlich unter nervösen Zufällen (von den letzteren beiden Fällen folgt weiter unten das Nähere); ein anderer männlicher Kranker von 29 Jahren an Lungentuberculose, welche er schon vor dem Blatternausbruche hatte; ebenso ein Mann von 62 Jahren; ein 26jähriges Mädchen an Erysipelas Capitis und Abscess des Halses, welche sie im Deerustationsstadium bekommen hatte (siehe weiter unten); ein 43jähriger Mann an Ascites und Lebercirrhose; endlich eine 46jährige Frau, welche einen alten Lungencatarrh hatte, an Bronchopneumonie.

Von den Kranken mit Variolois, welche geimpft waren, befanden sich

in dem Alter von	1—10	Jahren	—	m.	3	w.	Kranke
„	10—20	„	55	„	41	„	„
„	20—30	„	206	„	92	„	„
„	30—40	„	55	„	34	„	„
„	40—50	„	31	„	20	„	„
„	50—60	„	9	„	5	„	„
„	60—70	„	1	„	1	„	„
			357	m.	196	w.	Kranke.

Der plötzliche Eintritt bedenklicher Symptome, welche man weder aus dem bisherigen Verlaufe der Krankheit vermuthen konnte, noch nach dem Tode aus besonderen anatomischen Veränderungen erklären kann, wie sie sich bei manchen anderen Krankheiten, namentlich beim acuten Gelenkrheumatismus, finden, ist, meines Wissens, bei Blattern sehr ungewöhnlich; daher möchte die Erwähnung einiger derartiger Fälle der hiesigen Blatternepidemie wohl gerechtfertigt erscheinen. In dem Berichte über das Jahr 1859 habe ich S. 27 schon eines Falles erwähnt, wo bei einem 31jährigen Küfergesellen im Eiterungsstadium plötzlich unter den Erscheinungen der Eclampsie der Tod erfolgte, nachdem der Kranke sich gerade einige Stunden vorher recht wohl gefühlt hatte. Ein ähnlicher Fall ereignete sich im Januar 1860 bei einem 37jährigen Arbeitsmanne.

Dieser kam mit einer reichlichen Blatterneruption ins Krankenhaus und bekam ein starkes Eiterungsfieber. Am Tage vor dem Tode trat Nach-

lass des Fiebers ein, der Kranke fühlte sich bedeutend besser und bekam etwas Appetit; am Tage des Todes war er fast fieberfrei und befand sich allem Anscheine nach recht wohl, als auf einmal allgemeine Convulsionen eintraten, denen schon nach ¾ Stunden der Tod folgte. — Bei der Section war die Fäulniss schon soweit vorgeschritten, dass die Untersuchung der Brust- und Bauch-Eingeweide kein genaues Resultat mehr ergeben konnte, indessen konnte man deutlich erkennen, dass keine wesentliche Veränderung in irgend einem Organe vorhanden gewesen war, nur war die Milz vergrössert. Im Pharynx und am Eingange des Kehlkopfs war die Schleimhaut geröthet und mit grüngelbem Exsudate bedeckt. In der Schädelhöhle fand man an der inneren Schädelfläche eine dünne ältere Osteophytbildung, ältere Trübung der Arachnoidea mit geringer seröser Infiltration der pia Mater und sparsame Wasseransammlung in den Ventrikeln.

Bei weitem auffallender waren jedoch die beiden folgenden Fälle, in welchen die anscheinende Geringfügigkeit der Krankheit den Gedanken an irgend eine drohende Gefahr gar nicht aufkommen liess.

Ein 18jähriges Dienstmädchen ward am 15. December 1859 wegen Scharlach aufgenommen; die Krankheit hatte am 9. mit Erbrechen und Durchfall angefangen, der Ausschlag war bei der Aufnahme nur noch an den Unterschenkeln und Füssen sichtbar. Die Desquamation begann früh; am 17. zeigte sich ein geringes Oedem an den Knöcheln, jedoch kein Eiweiss im Harne, am 19. war das Oedem schon wieder verschwunden und die Kranke befand sich wohl bis zum 28. December, wo sie Halsschmerz und Fieber bekam. Am 30. hatte das Fieber aufgehört, es zeigte sich ein ganz unbedeutender Ausbruch von Variolois: die Kranke verliess bald wieder das Bett. Am 7. Januar befand sie sich unwohl, es zeigte sich ein sehr geringes Oedem des Gesichts und der Knöchel. Am 9. Januar, 9 Uhr Morgens trat ganz plötzlich ein ungemein heftiger Anfall von Athemnoth ein, mit starkem Röcheln, kühlen Extremitäten und kleinem, frequenten Pulse, bei freiem Bewusstsein. Ein Brechmittel, später Benzöeblumen, Sinapismen und ein Vesicans vermochten das hereinbrechende Lungenödem nicht aufzuhalten und Abends 11 Uhr erfolgte der Tod. — Bei der Section zeigte sich der Körper wohlgenährt, die Hautdecken waren blass, an den Knöcheln ein sehr geringes Oedem, die Farbe der Muskeln nicht verändert. In den Sinus der harten Hirnhaut befand sich viel dunkles Blut, sonst war der Blutreichthum des Gehirns und seiner Häute nur mässig; die Arachnoidea war nicht getrübt, unter derselben befand sich wenig Serum, die Ventrikel waren fast leer. In beiden Pleurahöhlen, links mehr, als rechts, war wässerige, klare Flüssigkeit, jedoch ohne Compression des Lungengewebes; die Lungen waren vorn von Luft stark aufgebläht, nach hinten mit schaumigem Serum stark angefüllt, einzelne Läppchen erschienen etwas collabirt. Die Schleimhaut der Bronchien war geröthet, desgleichen, aber in geringem Grade, die des Kehlkopfs. In den Lungengefässen keine Thromben. Am Herzen war keine bemerkenswerthe Veränderung, mit Ausnahme einer leichten Verdickung am freien Rande der Mitralklappe: in der rechten Herzhälfte befanden sich durchscheinende Faserstoffgerinnsel und etwas geronnenes Blut. — An der Leber war ausser einer ungleich-

mässigen Blutvertheilung nichts Abweichendes zu bemerken, die Galle war dunkelbraun, von geringer Quantität. Die Milz war weich, blass, mit eingesprengten dunkleren Punkten, wie von kleinen Blutextravasaten. Die Nieren hatten die gewöhnliche Grösse, die Corticalsubstanz erschien etwas heller gefärbt, die Blutgefässe injicirt; die Pyramiden waren blutreich, das Epithel der Harncanälchen zeigte sich bei microscopischer Untersuchung leicht getrübt. Magen und Darmcanal zeigten keine erwähnenswerthe Veränderung; die inneren Genitalien waren wenig entwickelt.

Ein 29jähriger Schustergesell, von kräftigem Körperbau wurde am 23. April 1860 aufgenommen. Er hatte eine unbedeutende Eruption von zerstreuten Varioloispusteln, ohne Fieber und ohne sonstige Störung des Allgemeinbefindens; er war früher geimpft. Am 26. hatte er Kopfschmerz, brennende heftige Schmerzen in den Unterschenkeln, Appetitmangel und starkes Fieber mit 120 Pulsschlägen bei stürmischer Herzaction; keine Lähmungserscheinungen. Er erhielt ein Laxans aus Calomel und Jalapa, dazu eine Auflösung von Nitrum. Am 27. war er ganz soporös und hatte Harnverhaltung: die Pupillen waren etwas verengt, reagirten aber deutlich; die rasselnde Respiration und der kleine frequente Puls liessen das tödtliche Ende in kurzer Zeit voraussehen: Nachmittags 4 Uhr starb er. — Bei der Section zeigten sich dunkle Todtenflecke, die Muskeln waren dunkel geröthet; an den sparsamen Pockenpusteln zeigte sich nichts Auffallendes. Die Venen des Wirbelcanals waren blutreich, im Sacke der dura Mater spinalis befand sich kein Exsudat, die Gefässe der pia Mater waren blutreich, die Substanz des Rückenmarks erschien am unteren Cervicaltheil und an der Cauda equina weich, jedoch ohne Zertrümmerung der Substanz und ohne Exsudatbildung, an den übrigen Stellen war die Consistenz normal. In den Sinus der dura Mater war dunkles, flüssiges Blut, die harte und weiche Hirnhaut, sowie die Hirnsubstanz waren sehr blutreich, die Arachnoidea war sehr getrübt, unter derselben ziemlich viel Serum, in den Ventrikeln dagegen wenig Flüssigkeit. Schlund und Kehlkopf zeigten keine Veränderung. An beiden Lungenspitzen waren einige obsolete Tuberkeln; die Lungen waren mässig blutreich, nach hinten mit schaumigem Serum durchtränkt. Der Herzbeutel war leer, auf der Oberfläche des Herzens zeigten sich einige Ecchymosen, in der rechten Herzhälfte war dunkles Blut, in den grossen Gefässen befanden sich wenige, durchscheinende Fasserstoffgerinnsel; an den Dimensionen und Klappen des Herzens war keine bemerkenswerthe Veränderung. — Die Leber war blutreich, die Galle dunkelbraun; Milz vergrössert, weich, die Pulpa schmutzig roth, mit einzelnen eingesprengten, dunkelrothen Punkten. Die Nieren waren im Verhältniss zum Körper etwas klein, die Oberfläche war glatt, beide Substanzen waren blutreich, ohne sonstige krankhafte Veränderung; die Blase war mit wenig trübem, braungelben Urin gefüllt. Die Magenschleimhaut war etwas aufgelockert, hie und da mit punktförmigen Ecchymosen bedeckt: die Schleimhaut des Darmcanals war nicht blutreich, die Peyerschen und solitären Follikel waren hervortretend, ohne infiltrirt zu sein. Im Dickdarm waren breiige Kothmassen.

Für die beiden letzten Fälle sieht man sich vergebens nach irgend einem Anhaltspuncte um, von dem aus man den unerwarteten

Eintritt der bedenklichen Erscheinungen erklären könnte. Das äusserst geringe Oedem an den Knöcheln in dem ersten Falle, die vorhandene unbedeutende Nierenaffection, in Verbindung mit dem vorausgegangenen Scharlach, könnten einen Augenblick zur Annahme einer acuten Urämie verleiten, doch kann eine solche Hypothese vor einer unbefangenen Betrachtung nicht Stich halten. In Verbindung mit dem zweiten Falle gewinnt der erste überhaupt eine ganz andere Bedeutung, und wir müssen solche Fälle, wie so manche ähnliche, einfach als Thatsachen anmerken, ohne für den Augenblick den Zusammenhang aufklären zu können. Aehnliche Zufälle werden übrigens bekanntlich auch bei anderen fieberhaften Krankheiten beobachtet.

In dem Berichte über das Jahr 1859 habe ich S. 27 einen Fall angeführt, wo eigenthümliche Hirnerscheinungen dem Ausbruche einer nicht bedeutenden Variolois vorhergingen. Ein ähnlicher Fall ereignete sich im Jahre 1860, indem ein an Ascites in Folge von Lebercirrhose leidender Kranker plötzlich von den Symptomen einer Apoplexie befallen wurde und zwei Tage bewusstlos lag, am dritten Tage brach der Varioloisausschlag hervor und mit ihm kehrte das Bewusstsein wieder. — In einem anderen Falle trat vor dem mässigen Blatternausbruche blutiger Durchfall auf, ohne dass sich später weitere Blutungen gezeigt hätten.

Erysipelas und Abscessbildung kam ziemlich oft in der Abtrocknungsperiode vor; die Neigung hierzu wurde eine Zeit lang entschieden durch die grosse Anfüllung der Station begünstigt. Zwei dieser Fälle sind bemerkenswerth.

Eine 26jährige Amme wurde am 15. Tage ihrer Krankheit, als das Fieber schon geschwunden war, von einer schmerzhaften teigichten Anschwellung der rechten Backe mit Röthung der Umgebung befallen. Ein Einschnitt entleerte nur Blut, jedoch fiel die Anschwellung zusammen; das mit der Anschwellung aufgetretene Fieber dauerte indessen fort. Dabei hatte die Kranke eine beengte Respiration, ohne dass die physicalische Untersuchung hierfür einen Anhaltspunct gab. Bald entstand eine Anschwellung der rechten Seite des Halses und Nackens, welche beim Druck schmerzte; wenige Tage nachher zeigte sich Harnverhaltung, bald auch unwillkührliche Stuhlentleerung und Delirien. Das Gesicht schwoll oedematös an, der Athem wurde beschwerlicher und vier Tage nach Eintritt der Hirnerscheinungen erfolgte der Tod. — Bei der Section waren die Blatternkrusten grösstentheils schon abgefallen; der Schädel war etwas unsymmetrisch, die Arachnoidea wenig getrübt, unter derselben ein mässiger seröser Erguss: die Hirnsubstanz war mässig blutreich, etwas zähe, die Ventrikel waren leer. Eine Lymphdrüse in der Nähe des Processus mastoideus war geschwollen und geröthet und enthielt im Centrum

einen Eiterheerd. — Der Larynx war nicht erkrankt, die Lungen waren nach hinten stark serös infiltrirt. — Die Mitralklappe und ihre Sehnenfäden waren stark verdickt, der linke Ventrikel war etwas hypertrophisch, die rechte Herzhälfte war nicht erweitert. — Die Organe der Bauchhöhle boten, ausser der Vergrösserung der blutreichen, weichen Milz, keine bemerkenswerthe Abweichung dar.

Eine Frau von 38 Jahren bekam im Decrustationsstadium einen Abscess der rechten Mamma; das hierdurch erregte Fieber dauerte anhaltend fort, 14 Tage später trat Erysipelas des Kopfes ein, welches, kaum beseitigt, wieder zurückkehrte. Das Fieber war hierbei heftiger geworden, der stets vorhandene Husten war dabei vermehrt, gleichwohl liess sich keine Veränderung der Lunge, ausser Catarrh, nachweisen; sie collabirte unter Fortdauer dieser Erscheinungen und starb 37 Tage nach Ausbruch der Blattern. Bei der Section fand man die pia Mater mit etwas getrübtem Serum infiltrirt, zwischen Oesophagus und Trachea, vom Kehlkopfe bis zur Bifurcation der Bronchien, einen geschlossenen Eiterheerd, im linken oberen Lungenlappen zwei käsige rundliche Infiltrationen, ausserdem Bronchopneumonie. In der Beckenhöhle war gelbliches, trübes Exsudat; in den Tuben war eitriger Catarrh.

Ein zweiter Fall von Retropharyngeal-Abscess wurde bei einer 36jährigen Taglöhnerin, in der Decrustationsperiode von ziemlich gedrängt stehenden Varioloiden beobachtet Der Abscess wurde geöffnet und heilte gut; die Kranke war ausserhalb des Bettes und ass mit gutem Appetite. Eines Morgens beim Frühstück, welches sie ohne Störung und ohne Gespräch verzehrte, ward sie plötzlich von Erstickungszufällen befallen und starb noch vor Ankunft des eiligst herbeigerufenen Arztes. Bei der Section zeigte es sich, dass ihr ein 5 Grammen schweres Stück Fleisch bis an die Theilungsstelle der Trachea gedrungen war und sie sogleich erstickt hatte.

Unter den Augenaffectionen kam bei schweren Fällen mehrfach Exfoliation der Cornea vor; nur einmal war der Ausgang nicht tödtlich. Der 53jährige Kranke, welcher nach dem Losstossen der Krusten fast eine ununterbrochene Geschwürsfläche auf der Körperoberfläche darbot, genas dennoch; die Cornea war durchbohrt und die Iris vorgefallen. Das andere Auge schielte so stark nach innen, dass er dasselbe nicht gebrauchen konnte; er wurde deshalb zur Operation des Strabismus auf die chirurgische Station verlegt. — Iritis kam mehrmals vor und wurde jedesmal ohne Residuen beseitigt.

An Delirium tremens litten 18 m. 1 w. Kranke, von denen 3 m. starben. Die Kranken wurden lose in einer Zwangsjacke befestigt und wanderten unter Aufsicht bis zur Ermüdung umher; nur in wenigen Fällen, bei grosser Erschöpfung wurde Opium gegeben.

Pleuritis kam dreimal vor, nur einmal mit günstigem Ausgange.

Ueber eine Form der tuberculösen und carcinomatösen Peritonitis.

Bekanntlich ist nicht jede Peritonitis bei Kranken, welche an Tuberculose oder Krebs leiden, mit tuberculösem oder krebsigen Exsudate verbunden, ebensowenig ist jede Krebs- oder Tuberkelentwickelung auf dem Peritonaeum mit eigentlicher Peritonitis verbunden; es soll hier daher nur von den Fällen die Rede sein, wo bei der Peritonitis wirklich tuberculöses oder carcinomatöses Exsudat vorkommt. Je nach der rascheren oder langsameren Entwicklung, der grösseren oder geringeren Selbstständigkeit dieser Art von Peritonitis entstehen verschiedene klinische Bilder, von denen indess nur einige ein practisches Interesse haben. In den Mittheilungen, welche ich hier unternehme, habe ich die Absicht, solche Fälle zu beschreiben, in denen die mit tuberculösem oder carcinomatösen Exsudat einhergehende Peritonitis durch längere Dauer eine grössere Selbstständigkeit erreichte, und im klinischen Bilde den Vordergrund einnahm. Fälle dieser Art sind mir in der letzten Zeit häufig vorgekommen, während man sie sonst als selten zu betrachten pflegt; die Irrthümer in der Diagnose zu denen sie verleiten, so lange man den Verlauf solcher Fälle nicht genugsam kennt, denen ich selbst öfter unterworfen gewesen bin, lassen mich voraussetzen, dass eine nähere Betrachtung dieser Form der Peritonitis nicht ohne Nutzen sein möchte. Freilich findet man hierher gehörige Angaben und Beschreibungen bei vielen Schriftstellern und vermisst sie namentlich nicht in den besseren neueren Handbüchern, aber die Erzählung einzelner Beobachtungen giebt in Ermangelung eigener Erfahrung ein lebendigeres Bild und macht einen bleibenderen Eindruck auf das Gedächtniss, als die kurze Schilderung eines Handbuches. Ich fürchte nicht, dass man die nähere Betrachtung einer wesentlich unheilbaren Krankheit für überflüssig halten wird; abgesehen von dem wissenschaftlichen Standpuncte, der nicht auf den unmittelbaren Nutzen Rücksicht nimmt, hat die

Kenntniss und namentlich die zeitige Erkennung dieser Krankheitsform einen entschiedenen practischen Nutzen hinsichtlich der Prognose. Man kann sehr leicht zu bedeutenden Irrthümern der Prognose durch die Verkennung derartiger Fälle kommen, da sie sich in manchen Zeiten ihres Verlaufs als ziemlich gutartig darstellen, man kann sogar zu einer voreiligen Annahme einer beginnenden Genesung verleitet werden, während der unglückliche Ausgang sich gerade vorbereitet.

Die chronische Peritonitis mit tuberculösem und carcinomatösem Exsudat kommt, namnetlich die erstere in zwei Formen vor, welche natürlich in einander übergehen und nicht strenge zu scheiden sind. Einmal nähert sich das Krankheitsbild dem Ascites mit öfteren leichteren peritonitischen Zufällen, das anderemal ist es das Bild einer krankhaften Geschwulst in der Bauchhöhle mit hinzutretendem und schwindendem entzündlichen Ascites. Die erstere Form, bei welcher die Tuberkel- oder Krebsentwicklung vorzugsweise in kleinen, dichtgedrängten Knötchen oder wachstropfenähnlichen Platten vorhanden ist, wird nicht so leicht zu Irrthümern in der Prognose, wenn auch in der Diagnose führen, die andere hingegen, wo massenhaftere, mehr diffuse Ablagerungen entstehen, welche die Organe mit einander verlöthen und das Peritonaeum ansehnlich verdicken, wird bei dem schleichenden insidiösen Verlauf viel leichter verkannt. Die vorhandenen Härten werden unrichtig gedeutet, oft sogar für mehr unschuldiger Natur gehalten, z. B. für Leberanschwellungen oder für Uterus-Fibroide und machen in ihrem Verlaufe durch den Wechsel der Ercheinungen den Arzt an seiner Diagnose und den Kranken an seinem Arzte irre. Es gilt dies vorzüglich von den Fällen, wo bei blühendem Alter der Kranken die vorher schon bestehende Erkrankung anderer Organe sehr undeutlich ist oder der oberflächlichen Anamnese und Untersuchung entgeht, so wie in jenen Fällen, wo die specifische Peritonitis das primäre Leiden ist. Die tuberculöse Peritonitis mit massenhafterem Exsudate erwartet man mehr bei Kindern, die carcinomatöse mehr bei Kranken über die Mitte des Lebens zu finden, sie kommen aber beide nicht ganz selten gerade in dem blühendsten Alter vor. Die Erscheinungen sind dabei häufig im Anfange nicht heftig oder lassen so schnell wieder nach, dass eine sorgsame Untersuchung leicht unterlassen wird; eine aufmerksame, eigens auf diese Krankheitsform

gerichtete Krankenuntersuchung wird allerdings meist zur richtigen Diagnose führen.

Die Züge, welche das Krankheitsbild der tuberculösen und carcinomatösen Peritonitis mit der gewöhnlichen gemeinsam hat, sind öftere Schmerzen im Leibe und gleichzeitige Vermehrung des Exsudats, abwechselnd mit grösseren oder geringeren Remissionen und Verminderung des Exsudats. Gewöhnlich sind aber die Steigerungen der chronischen Peritonitis von viel heftigeren Erscheinungen begleitet und der erste Eintritt pflegt auch deutlicher characterisirt zu sein. Die Ursachen der gewöhnlichen chronischen Peritonitis sind nämlich meist der Art, dass sie gleich anfangs eine acute, wenn auch beschränkte Entzündung erregen, z. B. Perforationen des Magens, des Processus vermiformis, anderer Abschnitte des Darmcanals, der Tuben oder Ovarien; der Entzündungsheerd besteht dann oft ganz unbemerkt fort, bis eine Schmelzung oder sonstige Trennung des verlöthenden Exsudats an einer Stelle stattfindet und so eine neue acute Peritonitis entsteht, welche wieder von Neuem begränzt wird. Bei der tuberculösen und carcinomatösen Peritonitis sind der Anfang und die Exacerbationen viel weniger heftig, letzere erfolgen nicht so stossweise und plötzlich, wiederholen sich dagegen öfterer. Das Allgemeinbefinden ist bei der nicht hierher gehörigen chronischen Peritonitis häufig ausserhalb der neuen Anfälle ganz gut, bei der specifischen nimmt die Verdauungskraft und die Ernährung stetig und zwar in steigender Progression ab. Ein anderes Unterscheidungsmerkmal wird durch die Erscheinungen des Exsudats gegeben, welches letztere bei der gewöhnlichen chronischen Peritonitis nicht solche Veränderungen für die Palpation zu erleiden pflegt, als bei der tuberculösen und krebsigen Peritonitis. Bei der Krebsentwickelung ist es das immer stärker und zahlreicher sich entwickelnde Afterproduct, welches neue Geschwülste entstehen lässt und die Form der vorhandenen verändert, bei der tuberculösen Peritonitis kommt ausser diesem Umstande noch die Veränderung hinzu, welche das Schmelzen und Verjauchen des Exsudats herbeiführt. Die früher gefühlten härtlichen, mehr oder minder scharf umschriebenen Anschwellungen werden dann undeutlicher und weicher, und verschwinden bisweilen in kurzer Zeit gänzlich und mit ihnen für einige Zeit fast alle bisherigen Krankheitserscheinungen. Der Schmelzungsprocess hat dann zur Durchbohrung des Darmcanals von der Peritonaealhöhle aus geführt. Das Exsudat ist unter den

Erscheinungen eines stärkeren oder schwächeren Durchfalls verschwunden, es bestehen keine Schmerzen, kein Druck und keine Auftreibung des Leibes mehr. Der Appetit kehrt zurück, der Kranke glaubt sich geheilt. Von ihm und oft von seinem Arzte wird die jetzt meist sehr auffällige Abmagerung für eine natürliche Folge der überstandenen langen Krankheit gehalten, wie sie bei Reconvalescenten ja nicht selten erst dann recht hervortritt, wenn sie ihre Kräfte zu gebrauchen anfangen. Bald aber zeigt sich statt der Zunahme der Kräfte eine entschiedene Abnahme, der Appetit wird wieder geringer, es bilden sich Aphthen im Munde und Schlunde, der nagende Leibschmerz stellt sich wieder ein und wird allmählig immer quälender, endlich kann über den unglücklichen Ausgang kein Zweifel mehr sein, aber dieser erfolgt erst nach Wochen oder selbst nach Monaten der unsäglichsten Qual. Diese Schmelzung des Exsudats scheint bei der krebsigen Peritonitis selten vorzukommen, die Remissionen sind bei dieser Form viel geringer und kürzer, die Veränderung in den vorhandenen Anschwellungen werden meist nur durch die Vergrösserung derselben bewirkt, und das Ende wird nicht sowohl durch Erschöpfung und Abzehrung, als durch die zunehmende Behinderung der Respiration und Circulation herbeigeführt. Die hier angedeuteten Unterschiede sind natürlich keineswegs scharf ausgeprägt, so dass eine Verwechslung der Formen der chronischen Peritonitis unter einander oft nicht zu vermeiden ist; dieser Umstand hat indessen nur eine geringe practische Bedeutung, wofern man nur die chronische Peritonitis als solche erkennt.

Irrthümer in der Diagnose werden, abgesehen von Flüchtigkeit und Unaufmerksamkeit, namentlich auch dadurch veranlasst, dass mancherlei Modificationen und Complicationen der chronischen specifischen Peritonitis vorkommen, welche die richtige Deutung erschweren, dagegen wird unter gewissen Umständen, namentlich bei vorausgehenden und deutlich characterisirten Erkrankungen einzelner Organe, die Diagnose sehr leicht zu stellen sein. Einen wichtigen Anhaltspunct für Diagnose der chronischen Peritonitis bietet die Percussion, durch welche man nicht allein das eingekapselte Exsudat von dem freien Transsudate unterscheiden kann, sondern welches bei sorgfältiger Beachtung lehren kann, ob unter der Geschwulst, welche den Ton dämpft, noch lufthaltige Gedärme liegen: desgleichen giebt sie uns in Verbindung mit den übrigen Symptomen

den sichersten Aufschluss über eine entstandene Perforation mit Abfluss des Exsudates. Man wird in solchen Fällen oft durch die Veränderlichkeit der Ergebnisse der Percussion überrascht, so dass man z. B. einen dumpfen Schall findet, wo man vorher einen tympanitischen fand, und das mitunter bei derselben Untersuchung. Diese Veränderung kann man bisweilen willkürlich hervorbringen, denn sie beruht darauf, dass man durch Palpation und den Druck des Plessimeters die Luft durch die Perforationsöffnung in den Darm zurücktreibt, was nicht selten von einem gurgelnden Geräusche begleitet ist; unter Umständen kann man bei gelinderen oder auch bei raschem, stossweisen, aber leichtem Drucke ein deutliches plätscherndes Geräusch hervorbringen. Bei vorhandener Perforation des Darmcanals durch ein schmelzendes peritonitisches Exsudat fühlt man auch bisweilen in der Umgebung der weichen elastischen, tympanitisch klingenden Stelle der Bauchwand einen rundlichen, harten, teigichten Rand; dies ist namentlich der Fall, wenn die Bauchwandung selbst der Perforationsstelle gegenüber in Verschwärung begriffen ist, während die Umgebung noch durch festeres Exsudat verdickt bleibt. Die Berührung ist dann meist sehr schmerzhaft. Die Beschaffenheit der mit dem Durchfall abgehenden Massen giebt nur in selteneren Fällen Aufschluss, wenn nämlich die Perforation das Rectum oder die Flexura iliaca betrifft; an höher gelegenen Theilen des Darmcanals wird gewöhnlich eine zu starke Beimischung von dem sonstigen Darminhalte stattfinden.

Der Verlauf der hier geschilderten chronischen Peritonitis ist langsam und dauert mehrere Monate bis zu einem halben Jahre. Dieser Umstand trägt auch bisweilen dazu bei, die eigentliche Diagnose zu verwirren, da man bei allgemeiner Peritonitis stets ein schnelleres Ende zu erwarten gewohnt ist. Dieser langsame Verlauf mit der nothwendigen stetigen Verschlimmerung und der fast gänzlichen Hülfslosigkeit, in welcher sich der Arzt dieser Krankheit gegenüber befindet, sind sehr geeignet, den Kranken und seine Umgebung in ihrem Zutrauen zum Arzte zu erschüttern. Eine genaue Kenntniss von dem Verlaufe der Krankheit und ihren einzelnen Episoden setzt den Arzt in den Stand, durch richtiges Vorhersagen wenigstens nur den Glauben an seine Einsicht bei der Umgebung des Kranken zu retten, auch unter Umständen das Vertrauen des Kranken selbst zu erhalten.

Unter Hinweisung auf den im zweiten Jahrgange meiner klini-

schen Mittheilungen S. 156 beschriebenen Fall theile ich hier zunächst vier Fälle mit, in welchen eine Peritonitis mit tuberculisirendem Exsudate zur Perforation des Darmcanals führte.

Ein Küfergesell von 43 Jahren wurde am 9. Juli 1859 ins Krankenhaus aufgenommen. Er war im Jahre 1847 wegen Anschwellung der Inguinaldrüsen der rechten Seite, in den Jahren 1852 und 1853 einigemal wegen Husten und Blutspeien im hiesigen Krankenhause in Behandlung gewesen; man hatte damals das Vorhandensein von Tuberculose, namentlich in der rechten Lunge, vermuthet. Vor 2 Jahren hatte er wieder einmal Blutspeien gehabt, war aber nicht im Krankenhause behandelt worden. Diesen Zwischenfall abgerechnet, hatte er sich angeblich in den letzten 6 Jahren ganz wohl gefühlt. Vor 5 Wochen war er ziemlich plötzlich mit heftigem Leibschmerz und Schmerz in der rechten Inguinalgegend erkrankt, und hatte dabei einen brennenden Schmerz beim Harnlassen bekommen; er musste sich bald ins Bett legen, weil er noch Appetitmangel und Fiebererscheinungen bekam. — Bei der Aufnahme war er ziemlich gut genährt, etwas anämisch und gleichzeitig von gelbbräunlichem Colorit; die Fiebererscheinungen waren unbedeutend, der Appetit war nur vermindert, nicht verschwunden, die Zunge weisslich belegt. Der Leib war etwas voll, in der rechten Unterbauchgegend resistenter und schmerzhaft beim Druck, wobei der Schmerz sich nach der Lumbargegend hinzog. Man fühlte in der rechten Unterbauchgegend eine undeutliche Härte von mehr strangförmiger Gestalt. Der Urin war ziemlich hell, klar und ohne Eiweiss, die Oeffnung etwas träge. Bei der Untersuchung der Brust ergab sich kein wesentlicher Percussionsunterschied; an den Lungenspitzen, vorzüglich rechts, war das Athmungsgeräusch verschärft und von Rasselgeräuschen begleitet. Bei ruhigem Verhalten und dem Gebrauch einer Salmiakauflösung verloren sich die Fiebererscheinungen bald ganz, der Appetit stellte sich in gehöriger Weise wieder ein, indessen blieb die Geschwulst in der Unterbauchgegend und eine unverhältnissmässige Schwäche, so dass beim Aufstehen Oedem der Füsse eintrat. Die Ernährung war sonst gut, Husten zeigte sich selten und mässig. Die Schmerzen im Leibe waren sehr gering, zeigten sich aber fast anhaltend und mitunter auf kurze Zeit exacerbirend; dann pflegte auch schneidender Schmerz beim Urinlassen zugegen zu sein. Am 7. August zeigten sich stechende Schmerzen in dem seitlichen unteren Theile der linken Brusthälfte mit Verminderung des Athmungsgeräusches; der Schmerz verminderte sich nach einem Sinapismus bedeutend, zeigte sich indessen in den nächsten Tagen noch öfter in geringem Grade, das allgemeine Befinden war übrigens ungestört. Es zeigten sich von jetzt an öfter stechende Schmerzen an verschiedenen Stellen des Leibes, welche nach Anwendung von Senfpflastern, Kataplasmen oder Schröpfköpfen gewöhnlich rasch verschwanden. In der Mitte des Monats August zeigten sich mitunter wieder leichte Fieberbewegungen, es trat auch wieder Husten auf, während dieser bisher fast ganz geschwiegen hatte, die Geschwulst im Leibe vergrösserte sich inzwischen allmählig und zeigte eine unebene Oberfläche. Das Colorit des Kranken war gelbbräunlich, ohne dass die Conjunctiva gelb gefärbt war oder dass der Harn Gallenfarbestoff enthalten hätte. Anfangs September trat vorübergehend eine neue catarrhalische Brustaffection

mit Heiserkeit ein, welche am 8. nachgelassen hatte. Am Abend dieses Tages bekam der Kranke wieder mehr Leibschmerz, dabei anhaltendes Aufstossen mit etwas Erbrechen und Singultus, die Oeffnung war breiartig und ziemlich reichlich, es zeigte sich Fieberbewegung, wenn auch keine starke Pulsfrequenz, der Urin war trübe, ohne Eiweiss. Diese Erscheinungen wurden durch Senfteige, Kataplasmen, warme Bäder, Morphium und aq. Calcis wenig verändert; erst am 15. liessen die Beschwerden, anscheinend ohne Einfluss der Behandlung nach, der Husten trat nun wieder stärker hervor. Der Leib blieb jedoch der stete Sitz unangenehmer Empfindungen, nach dem Genuss von kaltem Getränke trat starkes Kollern ein. Der Urin war abwechselnd hell und trübe und wurde meist nur in geringen Mengen und unter Drängen gelassen; die Geschwulst im Leibe schien etwas vergrössert. Am 22. September war Durchfall und Schmerz im Leibe eingetreten, an einer umschriebenen Stelle, zwischen Nabel und Symphysis Pubis war die Berührung ziemlich schmerzhaft, der Percussionston war hier zwar gedämpft, aber nicht ganz leer. Der Kranke war dabei collabirt, der Puls machte 108 Schläge in der Minute. Diese Exacerbation ging in den nächsten Tagen vorüber, der Kranke fühlte sich wieder wohler, hatte jedoch keinen Appetit. Der Durchfall hatte aufgehört, dafür zeigte sich eine Ausdehnung der Anschwellung im Leibe von rechts nach links, während der Druck nur an einzelnen Stellen schmerzte. In den nächsten Tagen traten reissende Schmerzen in Armen und Beinen auf, welche den Kranken sehr belästigten und durch Störung der Nachtruhe noch mehr ersehöpften. Am 16. October trat wieder etwas Durchfall ein, nachdem in der letzten Zeit der Stuhlgang träge gewesen war; der Durchfall vermehrte sich, verband sich mit stärkeren Leibschmerzen und Tenesmus. Am 20. war der Durchfall sehr gebessert, der Leib war indessen noch bei leiser Berührung schmerzhaft, erst am 23. hatte die Empfindlichkeit nachgelassen und es zeigte sich jetzt der Percussionston an der ganzen früher gedämpft klingenden Stelle tympanitisch, nach längerem Druck ward der Ton aber wieder leerer. Am 25. war der Durchfall wieder vermehrt, die Leibschmerzen hatten indessen fast ganz nachgelassen und der Kranke fühlte sich sehr erleichtert. Die Untersuchung des Stuhlgangs hatte keinen Eiter erkennen lassen, mieroscopisch war derselbe indessen nicht untersucht. Der Kranke war sehr erschöpft, liess wenig Urin, hatte stets etwas Durchfall, meist rasch hintereinander, schwitzte viel, hatte mehr Husten und ass fast gar nichts. Die Geschwulst im Unterleibe zeigte sich bei der Untersuchung sehr verschieden, bald kleiner, bald grösser; gewöhnlich war auf der Höhe derselben der Ton bei der Percussion tympanitisch, dagegen erstreckte sich die teigichte, resistente Umgrenzung allmählig immer höher, bis ins Epigastrium. Dabei war der Leib immer schmerzhaft, bald mehr, bald weniger. Am 10. November konnte man in der Gegend des früheren Tumors eine weiche Lücke fühlen, welche sich tief eindrücken liess und einen teigichten, rundlichen Rand hatte. Der Kranke fühlte sich jetzt besser, hatte weniger Leibschmerz, hustete indessen mehr. Diese scheinbare Besserung hielt jedoch nur wenige Tage an; der Durchfall und Leibschmerz nahmen wieder zu und am 19. fing schon allmählig der Todeskampf an, während das Ende erst am 21. No-

vember Nachmittags erfolgte. In der letzten Zeit hatte man bei Untersuchung der Brust Zunahme der Rasselgeräusche, theilweise consonirende Beschaffenheit derselben und an verschiedenen Stellen bronchiales Athmungsgeräusch, namentlich im linken, hinteren Theil der linken Brusthälfte, constatirt. — Die Behandlung war schon seit langer Zeit wesentlich auf den Gebrauch von Opium beschränkt gewesen.

Bei der Section des abgemagerten Körpers fand man in der Schädelhöhle keine bemerkenswerthe Veränderung. Beide Lungen waren ziemlich fest verwachsen, besonders die linke, in den oberen Lappen waren mehrere kleinere Eiterhöhlen, zwischen diesen schwielig verdichtetes granblau gefärbtes Gewebe; in der übrigen Lungensubstanz waren zahlreiche, grössere und kleinere Tuberkelablagerungen. — Am Herzen wurden keine bemerkenswerthe Abweichungen gefunden. — Beim Eröffnen der Bauchhöhle kam man in einen grossen lufthaltigen Raum in der rechten Seite des Leibes, dessen Wände mit Kothniederschlägen in der Art bedeckt waren, dass man trotz der angewandten Vorsicht den angelötheten Dickdarm eröffnet zu haben glaubte. Erst nach längerer Untersuchung zeigte sich, dass der Raum zwischen dem Bauchmuskel-Peritonaeum und den Gedärmen befindlich war, dass beide Blätter des Bauchfells ausserdem ulcerirt, verdickt und mit Tuberkelmassen verschiedener Consistenz durchsetzt waren. Im Grund der Höhle sah man zwei rundliche Oeffnungen mit rothen wulstigen Rändern, letztere waren durch die nach aussen umgeschlagene Schleimhaut gebildet; die eine dieser Oeffnungen führte ins Ileum, die andere ins Coecum. Die Schleimhaut selbst war hier nicht verändert. Die übrigen Gedärme und ausserhalb dieser Höhle gelegenen Unterleibsorgane waren mit einander und dem Parietalblatt des Peritonaeum durch festes Zellgewebe verbunden; zwischen den Adhäsionen waren ziemlich grosse Tuberkelablagerungen. Im Dickdarm waren einige Geschwüre von rundlicher Form mit plattem Rande, sonst war keine Ulceration oder Tuberkelablagerung im Darmcanal vorhanden. — Die Leber war blutreich und ohne wesentliche Veränderung; die Milz war etwas angeschwollen, blass, ziemlich resistent, aber nicht trocken auf der Schnittfläche. Die Nieren zeigten ausser Blutreichthum keine Veränderung.

Ein 19jähriger Bäckergesell, von bleichem Aussehen und schmächtigem Körperbau, am 5. November 1860 aufgenommen, war 7 Wochen vor der Aufnahme erkrankt. Er hatte heftige Schmerzen im Leibe bekommen, welche sich bei Bewegungen und Husten steigerten; Fieber schien nicht vorhanden zu sein, ebensowenig bedeutende Störung des Allgemeinbefindens, da der Kranke bei seiner Arbeit bleiben konnte. Nach vierwöchentlicher Dauer des Leibschmerzes trat Besserung ein, diese hielt jedoch nur wenige Tage an, dann kehrte der Schmerz mit grösserer Heftigkeit wieder und zog sich namentlich nach dem linken Hypochondrium hin. Trotzdem setzte er seine Arbeit fort und war bis zum Tage vor seiner Aufnahme in Thätigkeit gewesen. Sein Hauptklage war über Schmerz im linken Hypochondrium und Reiz zum Husten, welcher sehr schmerzhaft war. Das Allgemeinbefinden war wenig gestört, doch war der Appetit geringe; die Zunge war rein, der Puls beschleunigt, der Athem desgleichen: auch war der Kranke kurzathmig. Bei der Percussion zeigte sich in der linken unteren Brusthälfte Dämpfung des Tons; das Athmungsgeräusch

oberhalb dieser Stelle war verschärft, mit bronchialem Character beim Ausathmen. Die rechte Lunge zeigte normale Verhältnisse. Das Herz schien etwas nach rechts gedrängt, die Herztöne waren rein. Vom linken Hypochondrium abwärts erstreckte sich die Dämpfung des Percussionstons bis zur rechten Spina Ossis Ilium in einer gebogenen Linie mit der Concavität nach dem Nabel hin, Die Dämpfung schwand nicht bei Lageveränderung. — Der Stuhlgang war regelmässig, der Urin dunkel, ohne Eiweiss. — Bei der Anwendung vom warmen Cataplasmen und dem innerlichen Gebrauch von Opium blieb sich der Zustand in den nächsten Tagen gleich; die physicalische Untersuchung zeigte nur unbedeutende Veränderungen; bemerkenswerth war aber ein bisweilen auftretender tympanitischer Percussionsschall, dem linken Winkel des Colon transversum entsprechend, am hinteren und seitlichen Theil des Leibes. Obwohl bisweilen der Ton hier ganz gedämpft war, so war doch anzunehmen, dass hier ein Theil des Darmcanals an der Bauchwand angeheftet sei; dieser Umstand, wie das gleich anfänglich bemerkte umschriebene Exsudat in der linken Seite des Leibes, liessen über das Vorhandensein einer chronischen Peritonitis mit abgesacktem Exsudat, neben linksseitiger Pleuritis, keinen Zweifel. Die Percussionsresultate wurden bald durch das gleichzeitige Auftreten von etwas freiem flüssigen Exsudat in der Bauchhöhle verändert, der Leib trieb gleichzeitig etwas auf und wurde mehr gespannt. Das übrige Befinden blieb sich gleich, der Husten war mässig, das Aussehen des Kranken war aber noch mehr bleich und angegriffen, als anfangs. Die Diurese wurde durch einen entsprechenden Thee mit gutem Erfolg angespornt, doch wechselte der Bestand an freiem flüssigen Exsudat in der Bauchhöle sehr und oft in kurzer Zeit. Der Puls blieb stets beschleunigt. Am 12. klagte der Kranke über vermehrten Schmerz in der linken Seite des Leibes, die Oeffnung war etwas träge, die Ansammlung von Flüssigkeit schien vermehrt. Der tympanitische Percussionston zeigte sich jetzt an einzelnen Stellen, welche früher gedämpft klangen; am 14. Abends trat nach einem Clysma mehrmals dünne Stuhlentleerung ein. Am 15. war der Kranke sehr erleichtert; er hatte keinen Schmerz im Leibe mehr, höchstens bei ganz tiefen Inspirationen, er hatte gut geschlafen und konnte auf der früher schmerzhaften linken Seite liegen; das pleuritische Exsudat war unverändert, der tympanitische Percussionston im Leibe hatte dagegen eine grössere Ausdehnung erlangt. Am 16. war das Befinden noch besser, der Appetit war lebhaft, Schmerz im Leibe war nur selten und nur bei tiefem Einathmen vorhanden, die Zunge war rein, die Temperatur sank bis auf die Norm. Stuhlgang erfolgte von selbst, ohne Durchfall. Am Abend zeigte sich jedoch noch Fieber. Am 17. war in der rechten Hälfte des Leibes schon wieder Dämpfung, und in den nächsten Tagen waren die Percussionsresultate wieder in der früheren Weise sehr veränderlich. Der Schmerz im linken Hypochondrium zeigte sich wieder häufiger und nahm bisweilen sehr heftig zu. Am 23. November bekam der Kranke Nachmittags kurz hintereinander vier Anfälle von Eclampsie, seiner Meinung nach durch heftigen Schmerz in der linken Seite veranlasst. Nach diesen Anfällen kehrte Bewusstsein vollständig wieder und die krampfhaften Zufälle erneuerten sich während des ganzen Krankheitsverlaufs nicht. Der Kranke fieberte nach diesem Zwischenfall wenig und klagte auch nicht

bedeutend, war aber sehr bleich und erschöpft. Er hustete mehr und warf viel eitrigen Schleim aus. Am 27. trat Durchfall ein, bei welchem sich der Kranke sehr ermattet fühlte, der Leib schmerzte wenig, war nicht aufgetrieben, gab aber noch einen gedämpften Ton bei der Percussion in grosser Ausdehnung; dagegen hatte das pleuritische Exsudat sich merklich vermindert. Am folgenden Tage, bei geringem Durchfall, erschien das pleuritische Exsudat noch geringer, der Leib schmerzte mehr, fluctuirte nicht, klang bei der Percussion fast überall gedämpft, bis auf die Nabelgegend, welche einen tympanitischen Ton wahrnehmen liess. Am 29. nahm die Empfindlichkeit des Leibes noch zu, bei fehlender Stuhlentleerung; am 30. war der Percussionston über den ganzen Leib tympanitisch, bis auf das linke Hypochondrium, der Leibschmerz war geringer, der Puls indessen sehr klein und beschleunigt. Unter Abnahme des Leibschmerzes besserte sich das Befinden in den ersten Tagen des December; der Kranke fühlte sich wohl und hatte wenig Leibschmerz, dieser zeigte sich jedoch öfter an ganz verschiedenen Stellen; der Percussionston war meist hell. Der Kranke hatte etwas Appetit und ordentliche Stuhlauslecrung. Er klagte jedoch über ein öfter auftretendes Rollen im Leibe. Gegen Ende des Monats nahmen die Kräfte jedoch sichtlich ab, statt sich zu vermehren, es war beständig etwas Fieber zugegen, auch klagte der Kranke allmählig wieder mehr über den Leib, namentlich nach dem Essen. Anfangs Januar fühlte man allmählig undeutlich umschriebene, härtliche Exsudatmassen im Leibe, namentlich in weiterer Umgebung des Nabels, während dieser weicher erschien und bei der Percussion einen tympanitischen Schall gab. Die Oeffnung war regelmässig, der Appetit gut, die Zunge rein, der Puls aber stets beschleunigt. Gegen Ende des Monats stellte sich wieder Durchfall ein und bald darauf klagte der Kranke über Vermehrung seiner schon früher vorhandenen Beschwerden nach dem Essen, vorzüglich in der Gegend des Nabels. Unter fortdauerndem schleichenden Fieber nahmen die Kräfte immer mehr ab; im Leibe waren einzelne teigichte Exsudatmassen immer deutlicher zu fühlen, beim Druck entstand ein deutliches gurrendes Geräusch. Der Schmerz war beständig vorhanden, aber an Heftigkeit sehr wechselnd, Durchfall zeigte sich fast anhaltend, wenn auch nicht immer gleich stark So verlief der Monat Februar. Im März ward die Mundschleimhaut aphthös, es entstand Oedem an den Knöcheln, der Kranke fing an, sich durchzuliegen; der Husten, welcher längere Zeit geschwiegen hatte, vermehrte sich wieder; an der Stelle des früheren pleuritischen Exsudats im unteren Theile der linken Brusthälfte erschien der Percussionston wieder gedämpft und das Respirationsgeräusch vermindert. Die Sputa wurden mühsam heraufgebracht und erschienen eitrig und zerfliessend. Der Leib trieb jetzt tympanitisch auf und war sehr schmerzhaft. Nach langer Qual erlag der Kranke am 30. März.

Bei der Section fand man das Gehirn und seine Häute anämisch, mit geringer seröser Infiltration. — Die linke Lunge war in ihrem unteren Theil mit der Costalpleura fest verwachsen; zwischen dem verlöthendem Gewebe waren ziemlich grosse Tuberkelmassen. In dem linken unteren Lappen waren die kleineren Bronchialäste erweitert und mit eitrigem Secret erfüllt, das Gewebe war serös infiltrirt, an einzelnen Stellen röth-

lichgelb, verdichtet, mit körniger Schnittfläche. Seröse Infiltration und Bronchialerweiterung zeigte sich auch im rechten unteren Lappen, aber keine pneumonische Verdichtung. In beiden Lungen sonst nichts Krankhaftes, namentlich keine Tuberkelablagerung. — Das Herz war klein und bot nichts Bemerkenswerthes dar.

Beim Eröffnen der Bauchhöhle entwich Luft. Die Bauchhöhle bildete in ihren unteren zwei Dritttheilen einen mit einer trüben, fäculenten Flüssigkeit angefüllten, abgeschlossenen Raum, dessen vom Bauchmuskel-Peritonaeum und der vorderen Fläche des Darmcanals gebildeten Wände mit reichlichen fäculenten Niederschlägen, deren einige eine mörtelartige Beschaffenheit hatten, bedeckt waren. Im aufsteigenden Colon waren dicht oberhalb des Coecum zwei grosse Oeffnungen, an denen der seröse Ueberzug im grössten Umfange zerstört, das subseröse Zellgewebe in eine zottige, zerfallende Masse verwandelt und die Oeffnung in der sonst nicht veränderten Schleimhaut am kleinsten war. Der Proeessus vermiformis war unversehrt, ebensowenig war das hinter dem Coecum gelegene Zellgewebe verändert. Ausserhalb dieser Höhle waren die vom Peritonaeum überzogenen Organe theils unter sich, theils mit dem verdickten Netze und dem Zwerchfell verwachsen; zwischen den Verwachsungen waren viele Tuberkelablagerungen. Mit Ausnahme einzelner Tuberkelgranulationen unter der Serosa der unteren Leberfläche, enthielt kein Organ der Bauchhöhle Tuberkeln. Die Milz war wenig vergrössert, ganz mit dem Zwerchfell verwachsen, die Pulpa blass.

Ein 19jähriges Dienstmädchen, etwas abgemagert, sonst von blühendem Aussehen, wurde am 22. April 1861 aufgenommen. Sie litt seit 6 Wochen an Leibschmerz mit öfterem Durchfall und an Husten. Die physicalische Untersuchung der Brust ergab keine krankhaften Veränderungen. Der Leib war etwas gespannt und enthielt freie Flüssigkeit in mässiger Menge; der Druck war etwas schmerzhaft, bei der Palpation fühlte man etwas oberhalb des Nabels eine flache, feste, etwas teigichte Geschwulst, quer über den Leib sich erstreckend, über welcher der Percussionsschall nicht ganz gedämpft war; im Epigastrium war der Leib weich und hier war tympanitischer Percussionsschall. Der Appetit war vermindert, die Zunge rein und feucht, die Temperatur etwas erhöht; der Puls machte 92 Schläge. Bei Anwendung von Kataplasmen und einer Gummilösung mit Opium hörte der Durchfall und der geringe Husten bald auf, der Leibschmerz ward aber nur vorübergehend vermindert, zeigte sich bald wieder und war ziemlich quälend. Die Spannung des Leibes, sowie die in demselben enthaltene freie Flüssigkeit nahm bald ab, bald zu, nicht immer im Verhältniss mit den Schmerzen; die harte teigichte Geschwulst blieb unverändert. Die Pulsfrequenz steigerte sich allmählig. Kataplasmen, geringe örtliche Blutentziehungen und der innerliche Gebrauch von Opium und Morphium in steigender Gabe vermochten wenig gegen den anhaltenden, oft sehr heftigen Leibschmerz. Schlaf konnte wohl herbeigeführt werden, beim Erwachen war aber stets starker Schmerz vorhanden. Am 5. Mai trat zuerst Erbrechen von grasgrünen Massen auf, welches sich seitdem öfter wiederholte. Nachdem bis dahin seit der Aufnahme kein Durchfall vorhanden gewesen war, zeigte sich am 17. Mai eine

blutige Stuhlentleerung, welcher bald ein heftiger Durchfall folgte. Der Leib erschien nun weniger aufgetrieben, aber hart und gespannt. Der Durchfall dauerte von jetzt an in wechselnder Stärke fort, mitunter erbrach die Kranke. Der Leibschmerz concentrirte sich bald vorzüglich in der Gegend des Nabels; hier war der Leib weich und beim Druck sehr schmerzhaft; die Umgebung dieser Stelle war resistent, der Percussionston an der weicheren Stelle war tympanitisch; beim Druck auf diese Gegend liess sich die weiche Anschwellung verkleinern, es entstand dabei ein gurrendes Geräusch und man fühlte dann einen härteren Ring in der Umgebung der weichen Geschwulst. Die Kranke hatte öfter schmerzhaften Drang zum Urinlassen. Husten zeigte sich jetzt öfter, doch liess sich bei der physicalischen Untersuchung nie etwas Abweichendes erkennen. Der Appetit war im Verlaufe der Zeit ganz verschwunden, die Zunge war roth und aphthös geworden, es war Oedem an den Beinen entstanden: die Abmagerung hatte rasche Fortschritte gemacht. Der reichliche Gebrauch von Opium vermochte nur wenig zur Linderung der Beschwerden beizutragen. Am 28. Juni erfolgte der Tod.

Bei der Section fand man die weiche Hirnhaut blass und stark serös infiltrirt, die Hirnsubstanz gleichfalls blutarm. Die linke Lunge war durch serös infiltrirtes Zellgewebe im Bereiche des oberen Lappens an die Rippenwandung angeheftet. Ganz an der Spitze befand sich eine schwielige, graublau gefärbte Verdichtung des Gewebes von geringer Ausdehnung mit einzelnen fettig-kreidigen Massen. Die übrige Lunge war theilweise serös infiltrirt, sonst lufthaltig; auf der Pulmonalpleura waren einige streifige Ecchymosen. Die rechte Lunge hatte an der Spitze nur eine geringe schwielige Verdichtung ohne Tuberkelreste, war sonst theils lufthaltig, theils ödematös. Das Herz war klein, in seinen Dimensionen sonst nicht verändert; die Aorta war enge. — Beim Eröffnen der Bauchhöhle entwich Luft. Es befand sich im unteren Theil der Bauchhöhle, unterhalb des stark verdickten und mit Tuberkelmasse infiltrirten Netzes, eine grosse, mit schmutziggrauer, stinkender Jauche gefüllte Höhle, deren vom Peritonaeum und vom serösen Ueberzuge der Gedärme gebildeten Wände vielfach ulcerirt waren; an mehreren Stellen war der Darmcanal von der Peritonaealhöhle aus durchbohrt. Die übrigen Organe der Bauchhöhle waren unter sich, mit der Bauchwand und dem Zwerchfell theils durch dichtes Zellgewebe, theils durch dicke breiige, grauweisse, tuberculöse Massen verklebt. — Die Leber war blass, die Milz dunkel, klein, die Nieren ebenfalls etwas klein und blutreich, sonst ohne Abnormität. Die Tuben und Ovarien waren nicht deutlich aus den mit einander verklebten Massen zu entwickeln, die Substanz des Uterus und die Harnblasenschleimhaut zeigten sich nicht erkrankt. Die Darmschleimhaut wurde an mehreren Stellen untersucht, aber nirgends fand sich Tuberkelablagerung in derselben.

Ein 40jähriger Fourier der hiesigen Garnison, am 14. September 1845 aufgenommen, war schon seit einem Jahre mehr oder weniger leidend gewesen. Er glaubte sich beim Lagerleben während eines Manövers erkältet zu haben; wenigstens hatte er seit der Zeit eine Verminderung des Appetites und öfteren Durchfall bemerkt. Er war jedoch noch thätig bis zum

Juni 1845, zu welcher Zeit er bettlägerig wurde. Er bekam damals Leibschmerz, besonders in der Umgegend des Nabels, und starken Durchfall, welche Symptome seitdem fortdauerten. Der Kranke war sehr abgemagert, hatte keinen Appetit, viel Durst, dabei 8—10mal täglich Durchfall und starkes Fieber; Husten war nur in geringem Grade zugegen und sollte auch früher nicht vorhanden gewesen sein. Der Leib war aufgetrieben und schmerzhaft, besonders links vom Nabel; hier fühlte man eine harte Geschwulst. Bei der Untersuchung durch den Mastdarm fühlte man ebenfalls eine harte, auf der vorderen Wand ruhende Geschwulst, welche beim Druck nicht empfindlich war. — Unter zunehmendem Collapsus, bei Fortdauer des Leibschmerzes und Durchfalls erfolgte schon nach 5 Tagen der Tod. — Bei der Section fand man ein grosses Geschwür der hinteren Wand des Kehlkopfs, eine diphteritische Exsudation auf der Schleimhaut des Pharynx mit oberflächlichen Ulcerationen, ältere Tuberculose des linken oberen Lungenlappens mit Cavernenbildung, sonst in beiden Lungen frischere, zerstreute Tuberkelablagerungen mit kleineren Eiterhöhlen. Das Herz war schlaff, ohne bemerkenswerthe Veränderung. Die Gedärme waren mit der Bauchwand fest verklebt, nur in der Mitte des Leibes befand sich eine, ringsum durch eine Exsudatleiste begrenzte Höhle mit kothigem Inhalt, deren Wandung nach vorn das geschwürig zerstörte Bauchfell der Bauchwand, nach hinten die ebenfalls angenagte seröse Oberfläche der zurückgedrängten Gedärme bildete. In den Gedärmen waren mehrere grössere und kleinere Oeffnungen, welche mit dieser Höhle in Verbindung standen; einige derselben waren deutlich durch Verschwärung vom Peritonaeum aus entstanden, indem sich die Darmschleimhaut hier gesund erwies; zwei andere waren durch Tuberkelgeschwüre bedingt und somit von der Schleimhaut aus entstanden. Im Darmcanale fanden sich noch viele Tuberkelgeschwüre; zwischen den verklebten Organen der Bauchhöhle waren ziemlich grosse gelbe, käsige Tuberkelgranulationen; in der Corticalsubstanz der Nieren waren ebenfalls einzelne Tuberkelablagerungen. Die Leber und die Milz waren blass und klein.

Die Fälle, in welchen keine Perforation durch Schmelzung des Exsudats stattfindet, sind bei weitem nicht so characteristisch; indessen heben sie sich doch deutlich hervor, sobald grössere Exsudatmassen zu fühlen sind und diese sich in Form und Ausdehnung auffallender verändern. Dies findet bei der carcinomatösen Form häufiger in ausgesprochenem Grade statt, als bei der tuberculösen, weil bei der letzteren das wuchernde Exsudat leichter necrosirt. Die folgende Krankheitsgeschichte bietet einen ausgezeichneten Fall dieser Art dar, welcher nicht nur in klinischer Beziehung, sondern auch in pathologisch-anatomischer Rücksicht von Interesse ist.

Ein Zimmergesell von 18 Jahren bekam am 3. December 1860 Morgens früh Schmerz in der Gegend des Coecum; der Schmerz liess nach und kehrte in colikartigen Anfällen wieder, dabei konnte der Kranke trotz öfteren Drängens weder Urin noch Stuhlgang entleeren. Ersterer ward am Morgen des 4. von selbst gelassen, der Stuhlgang fehlte noch bei der

Aufnahme. Der Kranke erzählte, dass er schon vor 13 Monaten und dann wieder vor 10 Monaten ähnliche Beschwerden gehabt habe, welche sich bei ruhigem Verhalten und dem Gebrauche von Sem. Santonici verloren hätten. Der Puls war etwas beschleunigt, die Zunge weisslich belegt; der Appetit fehlte. Der Leib war etwas aufgetrieben, in der Coecalgegend beim Druck und in Absätzen spontan schmerzhaft; man fühlte hier eine längliche, harte Anschwellung, deren Untersuchung sehr schmerzhaft war. Die Geschwulst erstreckte sich von der Linea alba zur rechten Darmbeinschaufel hin, beim verstärkten Druck fühlte man einen rundlichen Körper, etwa von Wallnussgrösse, unter der Hand langsam weggleiten. Die rechte Iliacalgegend war etwas vorgebuchtet und gab bei der Percussion einen gedämpften Ton. Einige Schröpfköpfe, warme Umschläge und eine Emulsion bewirkten wenig Linderung, doch erfolgte während der Nacht Stuhl- und Urinentleerung; die Geschwulst schien am anderen Tage etwas mehr nach der Tiefe gerückt. Am nächsten Tage war die Härte wieder mehr verbreitet, so auch am 7., doch hatte der Schmerz und die geringe Fieberbewegung aufgehört; der Stuhlgang erfolgte gehörig, der Urin ward leicht gelassen, erregte aber noch Schmerz in der Harnröhre. Die Beschaffenheit der Geschwulst in der Coecalgegend wechselte in ihren Umrissen fast täglich, oft erschien sie so oberflächlich, dass man ihren Sitz in den Bauchdecken hätte vermuthen müssen, wenn diese nicht über derselben verschiebbar gewesen wären, der Schmerz war aber verschwunden. Erst in den letzten Tagen des December fing der Kranke an, über ein eigenthümlich unangenehmes, von ihm als kratzend bezeichnetes Gefühl in der Gegend der Geschwulst zu klagen, dabei war öfter ein brennendes Gefühl an der Harnröhrenmündung vorhanden; die Grösse der Geschwulst war nicht wesentlich verändert. Das kratzende Gefühl wurde nach und nach zu durchschiessenden Schmerzen gesteigert und diese beschränkten sich nicht immer auf die Gegend der Geschwulst, sondern traten auch in der linken Seite des Leibes auf. Der Kranke fühlte sich sonst wohl, hatte Appetit, sah aber bleich aus. Im Januar ward das Befinden gegen Ende des Monats allmählig schlechter; der Kranke klagte oft über Beängstigung und Schmerz beim Liegen, sowohl auf der einen, wie auf der anderen Seite. Die Untersuchung der Brust ergab in dem hinteren unteren Theile der rechten Brusthälfte eine nicht bedeutende Dämpfung mit Verminderung des Athmungsgeräusches. Der Leib war mehr aufgetrieben und gespannt, die Geschwulst war grösser, namentlich ausgebreiteter geworden, der Leib war mehr resistent bei der Palpation, die Dämpfung des Percussionstons war bei tiefem Eindruck nicht ganz vollständig, sondern an einigen Stellen von einem hell-tympanitischen Beiklange begleitet. Mit Anfang des Monats Februar steigerten sich die Beschwerden rasch; es entwickelte sich deutlich Ascites, allmählig trat immer mehr Respirationsbeschwerde ein, der Appetit verlor sich ganz, die Zunge ward trocken und rauh, der Urin, welcher stets ohne Eiweiss war, verminderte sich stark, trotz diuretischer Mittel, es zeigte sich Fieber, bisweilen auch Durchfall. Der Zustand des Kranken ward täglich jämmerlicher, die Auftreibung des Leibes nahm in erschreckendem Verhältniss zu, gleichwohl war wenig freie Flüssigkeit vorhanden und der Percussionston an den zur Paracentese geeigneten Stellen nie ganz gedämpft. Der Kranke konnte bald nicht mehr im Bette bleiben

und musste Tag und Nacht, trotz Morphium, auf dem Stuhle sitzen. Die Erschöpfung nahm dabei rasch überhand. Am 10. Februar wurde bei diesem verzweifelten Zustande der Versuch gemacht, durch Paracentese die Flüssigkeit im Leibe zu entleeren. Nach Zurückziehen des Stilets flossen nur wenige Tropfen Blut ab, die eingeführte Sonde stiess auf einen weichen, resistenten Körper, der sich nicht zurückdrücken liess. Nachdem endlich die Canüle unverrichteter Sache wieder entfernt werden musste, rieselte aus der Stichöffnung ein dünner Strahl klarer, wässeriger Flüssigkeit; dieser Ausfluss hielt an bis zum nächsten Morgen und liess sich nach kurzer Pause durch eine in den Stichcanal eingeführte Sonde wieder hervorrufen. Der Kranke ward hierdurch bald so erleichtert, dass er wieder liegen konnte; seine Kräfte waren aber auf's Aeusserste gesunken, der Puls war klein und frequent, die Beine waren ödematös geschwollen. Der Leib blieb aufgetrieben und bei der Berührung sehr schmerzhaft. Am 13. Februar erfolgte der Tod.

Bei der Section der oben stark abgemagerten, unten hydropisch geschwollenen Leiche zeigte sich die dura Mater blutreich, die Arachnoidea mässig getrübt, unter derselben nicht viel wässeriger Erguss. Die pia Mater und die Hirnsubstanz waren wenig blutreich. In den Ventrikeln befand sich wenig röthliches Serum. In der etwas vergrösserten Glandula pinealis war eine mit gelblichem Serum gefüllte Cyste. — In beiden Pleurasäcken war etwas wässerige Flüssigkeit. Die Pleura diaphragmatica und mediastinalis beider Seiten und der vordere Rand des rechten oberen Lungenlappens waren mit grösseren und kleineren platten, weissröthlichen, markschwammähnlichen Knoten besetzt; die Bronchialdrüsen waren in ähnlicher Weise entartet Die Lungen waren blass, lufthaltig, in der Spitze der linken einige erbsengrosse, obsolete Tuberkel. Im Herzbeutel war ziemlich viel klare, helle Flüssigkeit; das Herz war verhältnissmässig klein, im Querdurchmesser aber etwas vergrössert.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich das die Bauchmuskeln überziehende Peritonaeum stark verdickt und in eine blassröthliche, weiche Masse verwandelt; das grosse Netz, theils durch gewöhnliches, entzündliches Exsudat, theils durch ein ähnliches weiches Aftergebilde stark verdickt, nahm einen grossen Theil der Bauchhöhle ein. Der Punctionsstelle entsprechend fand sich im grossen Netze eine kleine Sugillation. In der Coecalgegend war eine kindskopfgrosse Geschwulst von derselben weichen, schwachröthlichen Beschaffenheit, welche bis in die Bauchmuskeln hinein gewuchert war. Das Coecum selbst, wie die meisten Gedärme und der Magen zeigten eine ähnliche Degeneration ihrer Wandungen, welche deutlich vom Peritonaealüberzuge ausging. Die Drüsen der Coecalgegend waren ebenso entartet und der Art mit der übrigen krankhaften Masse verschmolzen, dass eine Sonderung nicht möglich war. Mitten in dem Tumor der Coecalgegend befand sich eine mit graugelber Flüssigkeit gefüllte Höhle, deren Wandungen grauschwärzlich gefärbt waren, ganz einem abgesackten kleinen Heerde von peritonitischem Exsudat ähnlich. Das Coecum stand mit dieser Höhle nicht in Verbindung, der Wurmfortsatz war nicht aufzufinden. — In der Bauchhöhle befand sich ausserdem noch flüssiges, schmutzig-rothgelbes Exsudat. — Von den Organen der Bauchhöhle hatte nur die Leber an ihrer unteren Fläche einige rundliche, dem

krankhaften Producte entsprechende Ablagerungen; alle zeigten sich blutreich, sonst ohne wesentliche Veränderungen. Der peritonäale Ueberzug der Gallenblase war stark verdickt und ebenso entartet, wie das übrige Peritonaeum, die retroperitonaealen Drüsen waren ähnlich erkrankt nnd mässig vergrössert. Die Darmschleimhant war nicht erkrankt.

Trotz der weichen, hirnmarkähnlichen Beschaffenheit der Degeneration wiess sich dieselbe bei der microscopischen Untersuchung nicht als Markschwamm aus; es zeigten sich nur Kerne und spindelförmige Fasern, so dass sich die Geschwulst histologisch nur als Sarcom darstellte, während sie in klinischer Beziehung ganz den schnellen und malignen Verlauf des weichen Krebses gehabt hatte.

Fast zu derselben Zeit hatte ich Gelegenheit, ausserhalb des Krankenhauses einen ähnlichen Fall zu beobachten.

Ein 22jähriger Seemann von kräftigem Körperbau, aber in Folge eines in tropischen Gegenden überstandenen Klimafiebers von etwas anämischem, gelblichen Colorit, jedoch ziemlich gut genährt, kam im Januar 1861 zu meiner Beobachtung. Er hatte im Herbste mit seinem Schiffe Schiffbruch gelitten, war dabei vom Maste auf's Verdeck geschleudert und von hier in bewusstlosem Zustande in das Rettungsboot geschafft worden. Er glaubte, dass er einen Knochenbruch in der Rippengegend erlitten habe, wenigstens meinte er in dem englischen Hospitale, in welches er gebracht war, einem entsprechendem Repositionsversuche unterworfen worden zu sein. Er blieb längere Zeit erschöpft im Hospitale und reiste dann nach Hamburg, um sich hier im elterlichen Hause noch mehr zu erholen. Einige Zeit nach seiner Ankunft bekam er heftigen Leibschmerz und allgemeines Unwohlsein; er hatte ein Gefühl von Fülle und Spannung im Leibe, der Appetit war vermindert, der Stuhlgang war träge und es war öfterer Drang zum Urinlassen vorhanden. Die Beschwerden wichen bald wieder, doch nur bis auf einen gewissen Grad, dann kehrten sie wieder. Es hatte sich dabei eine höckrige Geschwulst im Leibe und etwas Aseites gezeigt. Als ich ihn sah, war er meist bettlägerig, doch verliess er in der Regel täglich während mehrerer Stunden das Bett; er hatte ein sehr unbedeutendes Fieber, eine wenig weisslich belegte Zunge; der Leib war etwas voll und gespannt, beim Drucke wenig und eigentlich nur in der rechten Regio iliaca schmerzhaft. Es war deutlich eine Ansammlung von freibeweglicher Flüssigkeit vorhanden. Oberhalb des Ligamentum Poupartii fühlte man ziemlich nahe unter den Bauchdecken mehrere harte, rundliche, etwas bewegliche Geschwülste, welche weder mit den Inguinaldrüsen noch mit dem Samenstrange in Verbindung standen. Es war öfter Drang zum Harnlassen vorhanden, das Uriniren verursachte eine brennende Empfindung, der Urin war etwas dunkler, als normal, klar und beim Erkalten sedimentirend. Der Samenstrang war nicht geschwollen, ebensowenig Hoden und Nebenhoden; eine unbedeutende frühere Infection ohne weitere Folgen ward zugestanden. Die Untersuchung der Brust ergab keine Abnormität, trotz dessen glaubte ich mit Rücksicht auf das kränkliche Colorit, in Verbindung mit dem Alter des Kranken, auf die öfter sich wiederholenden Anfälle von Peritonitis nnd auf das vorhandene flüssige Exsudat neben den Geschwülsten, die Diagnose auf chronische tuberculöse Perito-

nitis mit massenhafterem Exsudate in der Coecalgegend, vielleicht auch mit Tuberkelablagerung in den Drüsen am Beckeneingange, stellen zu müssen. Eigenthümlich und durch diese Diagnose nicht gehörig erklärt, blieb die auffallende Erleichterung, welche nach vermehrten Stuhlausleerungen eintrat, und die grosse Trägheit des Stuhlganges. Neben dem Gebrauch von Leberthran wurde Jod in kleinen Gaben, wenn auch ohne Aussicht auf Erfolg, gegeben; Kataplasmen und Opiate sollten die peritonitischen Exacerbationen mildern. Der Zustand des Kranken änderte sich nun öfter in wenigen Tagen sehr auffallend; die Besserung in den Symptomen war oft so bedeutend, dass man an dem Vorhandensein einer chronischen Peritonitis, wie an dem Vorhandensein von Tuberkelablagerungen irre werden konnte und die Geschwülste für mehr unschuldiger Natur zu halten versucht war. Die immer wieder auftretenden peritonitischen Erscheinungen, die langsame, aber bald nicht zu verkennende, stetige Zunahme des Ascites führte bald wieder zur ersten Diagnose zurück, zumal die Kräfte zusehends abnahmen. Als endlich in der Nabelgegend und höher hinauf an einer anderen Stelle des Leibes sich allmählig Härten von undeutlichen Umrissen fühlen liessen, so schien die Diagnose ausser allem Zweifel. Den Eltern wurde von meinem Collegen und mir die ganz ungünstige Prognose nicht verhehlt, die immer grössere Heftigkeit der Exacerbationen, die freieren Zwischenräume und der schleppende Verlauf der Krankheit veranlassten die Eltern, sich nach anderer ärztlicher Hülfe umzusehen, so dass ich den Kranken etwa drei Wochen vor seinem, im März erfolgten Tode nicht mehr sah. Ich erfuhr indessen, dass die Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle bald so zugenommen hatte, dass die Paracentese gemacht werden musste; die Erleichterung war aber nur vorübergehend gewesen, bald hatten die Leiden ihren früheren Grad erreicht und der Kranke litt ausserordentlich durch Erschöpfung, Beklemmung und Schmerz, bis er endlich erlag.

Ich hatte Gelegenheit, die Section zu machen. Statt der vermutheten tuberculösen Peritonitis fand ich das Parietal- und Visceralblatt des Peritonaeum mit colloiden Krebsmassen bedeckt, stark verdickt und theilweise geschrumpft; dabei trübes, flüssiges Exsudat und viele frischere und ältere Ecchymosen auf dem Peritonaeum. Die höckerigen Geschwülste in der rechten Seite des Leibes waren von dem Coecum und dem unteren Theil des Ileum gebildet; die Wandung dieses Darmtheils war stark verdickt und unnachgiebig, wodurch vermuthlich an der Coecalklappe ein Hinderniss für den Durchgang der Faeces entstanden war. Anderweitige Erkrankungen fanden sich nicht: die Lungen waren gesund, desgleichen die Leber und Milz, an denen sich namentlich keine Veränderung der Grösse und Consistenz als Folge des Klimafiebers fand. Ebensowenig liess sich eine Spur eines früheren Knochenbruchs entdecken.

Im Krankenhause wurde der folgende Fall von tubereulöser Peritonitis beobachtet, bei welchem der Verlauf sowohl die Form, als die Natur der Peritonitis deutlich erkennen liess.

Ein 22jähriger Neger, Matrose, von etwas schmächtigem Körperbau, aber sonst gut genährt, wurde am 19. September 1860 aufgenommen. Er war schon seit einem Jahre unwohl und hatte öfter Leibschmerzen mit

Spannung im Leibe gehabt; ältere Narben von Schröpfköpfen waren mehrfach auf dem Leibe zu sehen. Jetzt war er seit 10 Tagen krank. Er hatte den Appetit verloren und Husten bekommen, zugleich bekam er heftige Leibschmerzen und bemerkte bald eine Anschwellung des Leibes. Die Untersuchung der Brust ergab keine Abweichung. Der Auswurf war wässerig-schleimig, der Puls machte 96 Schläge in der Minute; der Leib war aufgetrieben und gespannt, theils durch Meteorismus, theils durch Flüssigkeit, der Druck war etwas schmerzhaft. Die Leber war nach oben gedrängt, ohne Veränderung ihrer Grösse. Der Urin enthielt Eiweiss und Exsudatcylinder. Beim Gebrauch eines diuretischen Infuses und von Kali aceticum verminderte sich der Ascites nicht, mehr Erleichterung schaffte eine mässige Vermehrung der Darmausleerung. Der Husten hielt mit ziemlicher Heftigkeit an; die physicalischen Erscheinungen des verbreiteten Catarrhs, namentlich an den Lungenspitzen, welche jetzt immer stärker hervortraten, mussten bei allmählig zunehmender Abmagerung den Verdacht der Tuberculose erregen. Der Leib war abwechselnd mehr und weniger gespannt, stets in geringerem und stärkeren Grade schmerzhaft. Das anfangs freie Exsudat wurde in der linken Seite mehr begrenzt und folgte nicht mehr der abhängigen Seite des Leibes, auch konnte man links im Leibe eine resistente, undeutlich begrenzte Härte fühlen, welche den Bauchdecken nahe zu liegen schien. Ende September waren die Zeichen eines nicht bedeutenden, linksseitigen pleuritischen Exsudats aufgetreten, jedoch schon in den ersten Tagen des October wieder verschwunden; gegen die Mitte des Monats kehrten die Erscheinungen wieder. Der Leib wurde anhaltend schmerzhaft, der Kranke verfiel unter fortdauerndem Fieber immer mehr und starb am 24. October.

Bei der Section fand man auf dem Tentorium Cerebelli, gerade über dem rechten Sinus transversus, der hinteren Spitze der rechten Grosshirn-Hemisphäre entsprechend, einen cruden Tuberkel von der Grösse einer Weinbeere und von höckeriger Oberfläche; im Gehirn war nur ein Eindruck, sonst keine Veränderung zu bemerken. Die Arachnoidea war mässig stark getrübt, unter derselben war ziemlich viel Serum, in den Ventrikeln war wenig Flüssigkeit, das Ependym war etwas erweicht. — Die Lymphdrüsen im vorderen Mediastinum, an der Herzbasis und an den Lungenwurzeln waren vergrössert und käsig infiltrirt. In beiden Pleurasäcken war blutig-seröses Exsudat, links mit flockenförmigen Gerinnseln gemischt. Beide Lungen enthielten viele inselförmig zerstreute Heerde von geringem Umfange, in denen das Lungengewebe verdichtet, dunkelroth und im Centrum käsig zerfallen war. — Am Herzen zeigte sich keine bemerkenswerthe Veränderung.

Das Bauchfell war durch eine, mehrere Linien dicke Exsudatschicht, in welcher unzählige grössere und kleinere käsige Ablagerungen befindlich waren, verdickt und mit den anliegenden Gedärmen verklebt. An einzelnen Stellen waren Ansammlungen von schmutzig-röthlichem, flüssigen Exsudat. Sowohl in der vergrösserten, dunklen, weichen Milz, als in der blutreichen Leber waren viele grössere, gelbe Tuberkel, in der letzteren mehrere mit Galle gefüllte, dickwandige, anscheinend tuberculös infiltrirte Hohlräume; an den etwas erweiterten Gallengängen war indessen keine Tuberkelinfiltration wahrzunehmen. Die Nieren waren von normaler

Grösse, sehr blutreich; in der rechten fand sich eine, nicht scharf umschriebene, keilförmige, von der Peripherie nach dem Hilus sich erstreckende, weisslich gefärbte Stelle, ohne Zeichen von Reaction in der Umgebung. In der linken Niere fanden sich einige kleine Cysten. Keine Tuberculose der Darmschleimhaut.

In den Journalen des Krankenhauses habe ich den folgenden, hierher gehörigen Fall gefunden:

Eine 38jährige Frau wurde am 10. September 1851 aufgenommen. Sie war etwas abgemagert und litt seit Februar an Husten und Kurzathmigkeit, welche Symptome während des Säugens ihres jetzt 1¼ Jahr alten Kindes eingetreten waren. Vier bis fünf Wochen vor ihrer Aufnahme begann der Leib anzuschwellen und es traten gleichzeitig stechende und schneidende Schmerzen in demselben auf. Es trat bald Durchfall ein und der Appetit begann abzunehmen. Bei der Aufnahme war der Leib aufgetrieben, kuglig vorspringend; die Percussion gab überall einen tympanitischen Ton, der Druck war nicht schmerzhaft. Der Durchfall war mässig, der Appetit nicht ganz geschwunden, die Zunge war stark weiss belegt, mit einem durch Abstossung des Epithels gebildeten, rothen Flecken in der Mitte. Unter der linken Clavicula gedämpfter Percussionston und bronchiales Athmen, rechts verschärftes Athmungsgeräusch an der Lungenspitze. In den nächsten Tagen trat Schmerz in der Coecalgegend ein, hier war der Leib bei der Palpation resistent; am 21. traten allgemeine peritonitische Erscheinungen ein, welche mit Schröpfköpfen, Kataplasmen, ung. einereum mit Belladonna und mit Calomel bekämpft wurden. Der Leib schwoll dabei mehr an, war aber am 26. bedeutend weniger gespannt, indessen teigicht anzufühlen. Es war Mercurialaffection des Mundes eingetreten. Die peritonitischen Erscheinungen traten in der Mitte des Monats October wieder heftiger auf, der Leib ward wieder voller, doch ersehien der Percussionston immer tympanitisch. Man entdeckte jetzt zwischen Nabel und Symphysis Pubis rundliche, harte, bewegliche Geschwülste, welche vom Uterus auszugehen schienen. Die Kranke litt an heftigen Cardialgieen mit wässerigem Aufstossen, bisweilen auch an Erbrechen; die Kräfte nahmen ab. Unter Fortdauer dieser Symptome verlief der November. Im December traten die Symptome der Lungentuberculose mehr in den Vordergrund, die Kranke war sehr kurzathmig und hustete viel. Wenige Tage vor ihrem, am 20. December erfolgten Tode waren die Geschwülste im unteren Theile des Leibes nicht mehr zu entdecken.

Bei der Section der in hohem Grade abgemagerten Leiche fand man das Gehirn und seine Häute ziemlich blutleer. Beide Lungen waren mässig fest verwachsen; in den oberen Lappen war das Gewebe verdichtet, grauschwarz gefärbt, mit vielen, dicht gedrängten Tuberkelgranulationen durchsetzt; dazwischen Cavernen, links reichlicher und grösser, als rechts. In den unteren Lappen waren sparsamere Tuberkelablagerungen. — Am Herzen zeigte sich keine Veränderung.

Das Peritonaeum war mit den anliegenden Organen durch eine mehrere Linien dicke Schicht von gelber, käsiger Tuberkelmasse so fest verbunden, dass eine Trennung äusserst schwierig war; zwischen den Darmwindungen, welche ebenfalls mit einander verklebt waren, befanden sich

viele, blassgraue Tuberkelgranulationen. Im unteren Theile des Leibes fanden sich mehr dicke, käsige Tuberkelmassen. Die Organe der Bauchhöhle zeigten sonst keine Anomalieen, im Darmcanale zeigten sich keine Tuberkelgeschwüre; der Uterus war gesund, die Ovarien konnten nicht aus der verklebten Masse entwickelt werden.

Wenn keine Verlöthung der Eingeweide mit den Bauchdecken stattfindet und so die unregelmässigen und in ihren Umrissen wechselnden Anschwellungen nicht bemerkt werden können, bleibt die Diagnose der specifischen Natur der Peritonitis häufig ganz unbestimmt und lässt sich erst nach längerem Verlaufe der Krankheit stellen. Es entstehen hier freilich manche Abweichungen im Verlauf der einzelnen Fälle, doch sind sie sich im Ganzen ziemlich ähnlich. Die Seltenheit der Fälle von selbstständiger carcinomatöser Peritonitis veranlassen mich jedoch, noch die folgenden Krankheitsgeschichten mitzutheilen.

Am 19. Januar 1844 wurde ein 29jähriger Conditor in das Krankenhaus aufgenommen. Er war blass und von kränklichem Aussehen, wollte jedoch erst seit 14 Tagen krank sein. Seine Klagen bezogen sich auf Fülle und Schmerz im Leibe, Appetitmangel, säuerlichen Geschmack und Stuhlvorstopfung. Die Lebergegend war besonders empfindlich, auch beim Druck, der Leib war aufgetrieben und gespannt. Icterus war nicht vorhanden, ebensowenig Fieber. Wiederholte Schröpfköpfe, Salmiak und Magnesia sulphurica schafften durchaus keine Erleichterung; es wurde jetzt Calomel gegeben bis zur Mundaffection, doch ohne wesentliche Erleichterung, wenn auch Schwankungen in den Erscheinungen vorkamen. Erst zu Anfang Februar war deutliches Ascites vorhanden, die Percussion gab in grosser Ausdehnung einen matten Ton. Bald trat Erbrechen ein, erst seltener, dann aber nach allem Genossenen, endlich auch Singultus; acht Tage vor dem Tode weigerte sich der Kranke desshalb, irgend etwas einzunehmen oder zu geniessen. In dem elendesten Zustande starb er am 26. November. Die Vermuthung einer specifischen Peritonitis, und zwar einer carcinomatösen, findet sich schon am sechsten Tage nach der Aufnahme im Journal angezeichnet.

Bei der Section ergab der Befund der Schädel- und Brusthöhle durchaus nichts Erwähnenswerthes.

In der Bauchhöhle war eine grosse Menge grüngelben Serums. Das Peritonaeum an den Bauchwandungen und dem Zwerchfell war fast liniendick und so fest, wie eine Knorpelplatte. Diese Entartung hatte sich auf das Ligamentum teres und suspensorium hepatis fortgesetzt, so dass ersteres einem knorpligen Strange glich. Das Netz war wie eine knorplige Platte von der Grösse und Dicke zweier Hände, die Masse schien aus Medullarkrebs zu bestehen und zeigte im Durchschnitte einige grössere, mit blutiger Flüssigkeit gefüllte Höhlen. Der Magen hatte die Grösse eines Hühnereies, seine Schleimhaut war nicht verändert, die übrigen Häute waren $1\frac{1}{2}-2$ Linien dick und mit Krebsmasse infiltrirt. Die Schleimhaut des

übrigen Darmcanals war gesund, die Serosa war dunkelroth und entzündet, die Gedärme waren unter sich und an den Seiten der Bauchhöhle auch mit den Bauchwandungen verklebt, grössere und kleinere Krebsablagerungen zeigten sich auf dem Mesenterium, der Serosa des Darmcanals und dem Bauchmuscelperitonaeum; die Mesenterialdrüsen waren nicht erkrankt.

Bei einem 67jährigen Buchhalter, welcher am 23. November 1847 aufgenommen wurde, hatten sich die ersten Spuren der Krankheit 6 Wochen vor der Aufnahme gezeigt; früher wollte er stets gesund gewesen sein und nie einen Arzt gebraucht haben. Er bekam zu der erwähnten Zeit herumziehende Schmerzen im Leibe, dieser trieb auf, es gesellte sich Oedem der Beine hinzu. Der Appetit war dabei noch ziemlich gut geblieben, bisweilen war Aufstossen eingetreten. Seit 3 Wochen litt er an Husten mit schleimig-eitrigem Auswurfe und an Kurzathmigkeit. Bei der Aufnahme hatte er starken Ascites und Oedem der Beine mit erysipelatöser Röthe der Haut an den Unterschenkeln; der Puls war ruhig, die Zunge stark weiss belegt. Die Untersuchung der Brust ergab die Erscheinungen des verbreiteten Catarrhs und der Ansammlung von Flüssigkeit im unteren Theil der Pleurahöhlen. Die Athembeschwerde war bedeutend. Schon ausserhalb des Krankenhauses waren vergeblich Diuretica und Drastica angewendet, die hier angewandten Mittel hatten ebenfalls keinen Erfolg und der Tod erfolgte schon am 29. November. — In den Pleurahöhlen war eine ziemlich bedeutende Ansammlung von Wasser; die Lungen waren in den oberen Theilen serös infiltrirt, unten comprimirt; aus den Bronchialästen quoll puriformer Schleim. Das Herz war ziemlich gross, die Musculatur mürbe. In der Bauchhöhle war eine sehr beträchtliche Menge hellgelben Serums; das Parietal- und Viseeralblatt des Peritonaeum, vorzüglich aber das grosse Netz und das Mesenterium waren bedeutend verdickt, schwärzlich gefleckt und mit starren, ziemlich grossen Krebsknoten besetzt. Die Leber war klein, an den Rändern geschrumpft, die Substanz dunkelbraun, trocken und derb. — Die Milz war sehr klein, blassbraun und derb; die Nieren etwas verkleinert, die Oberfläche mit seichten Vertiefungen versehen, die Substanz blass und derb. Der sehr schmal zusammengezogene Magen stellte eine steinharte cylindrische Geschwulst dar. Die Häute desselben waren überall etwa drei Linien dick und knorpelhart; die Schleimhaut war gewulstet, durch dieselbe schimmerte an der kleinen Curvatur, nahe dem Fundus, ein gelblicher Markschwammknoten.

Die 48jährige Frau eines Wirthes, welche am 6. August 1855 ins Krankenhaus aufgenommen wurde, hatte ein sehr bewegtes Leben geführt; sie hatte 14 regelmässige Geburten gehabt und war ausserdem noch 3mal unzeitig niedergekommen. Die Menstruation hatte seit 3 Jahren aufgehört. Sie hatte sich im Allgemeinen bis etwa ein Jahr vor der Aufnahme recht wohl befunden und war sehr corpulent gewesen. Seit dieser Zeit befand sie sich weniger gut und fing an, magerer zu werden; sie schrieb dies theils häuslichen Missverhältnissen, theils einer feuchten, häufigen Ueberschwemmungen ausgesetzten Wohnung zu. Sie litt seit dieser Zeit viel an Husten, an öfterem Nasenbluten und an Blutungen aus dem Mastdarm.

Vier Wochen vor der Aufnahme bekam sie heftigen Schmerz in der Herzgrube, der sich bis zum Nabel erstreckte, doch behielt sie ihren Appetit und guten Schlaf; der Husten war in dieser Zeit geringer. Allmählig hatte sich nun Ascites entwickelt. Die Abmagerung war mehr relativ, als absolut vorhanden; die Hautfarbe war nicht icterisch. Der Leib war sehr ausgedehnt und fluctuirte deutlich, die Brustorgane und die nicht vergrössert erscheinende Leber waren nach oben gedrängt, Zu beiden Seiten der Linea alba traten die Musculi recti als zwei harte Geschwülste hervor und waren durch eine weiche Rinne getrennt, vermuthlich eine Folge der früheren Schwangerschaften. Der Appetit war gut, die Oeffnung etwas unregelmässig, der Puls war ruhig. Die Kranke war sehr kurzathmig und hustete viel; bei der Untersuchung der Brust hörte man verbreitete Rasselgeräusche, der untere Theil des Brustkorbes betheiligte sich beim Athmen sehr wenig. Der Urin enthielt kein Eiweiss. — Der Zustand veränderte sich bis zum 26. August wenig; ein zu dieser Zeit von selbst eintretender Durchfall verringerte Spannung des Leibes vorübergehend; am 7. September ward der Husten stärker und es stellte sich Schmerz im Epigastrium ein, bald darauf ward der Leib wieder gespannter, und mit der Zunahme des Ascites verschlimmerte sich die Dyspnöe bedeutend. Starke Abführung mit Coloquinthen-Decoct bewirkten zwar Abnahme des Ascites und der Athemnoth, beförderte aber das Sinken der Kräfte; als Ende September der Ascites wieder zunahm, wurde Gummi-Guttae, aber vergeblich angewandt. Es bildete sich jetzt zwischen den auseinandergewichenen geraden Bauchmuskeln am unteren Theile des Leibes eine weiche, etwas schmerzhafte Geschwulst, welche bei der Percussion einen leeren Schall gab. Es stellte sich Oedem der Beine ein, die Kräfte sanken immer mehr. Am 10. und 11. October verlor die Kranke Blut aus der Vagina; sie fing bald an, sich durchzuliegen und starb nach langem Todeskampfe am 21. October.

Bei der Section waren beide unteren Lungenlappen comprimirt, schlaff und undurchgängig für die Luft; in den oberen Lappen war Oedem, an den Spitzen befanden sich einige Ueberreste früherer Tuberculose. Das Herz war schlaff, die Musculatur mürbe, die Klappen waren ohne Veränderung.

In der Bauchhöhle befand sich eine beträchtliche Menge wässeriger Flüssigkeit; der in der letzten Zeit am unteren Theile des Leibes hervorgetretene weiche Tumor erwies sich als durch das von der Flüssigkeit vorgetriebene Peritonaeum, welches zwischen den auseinandergetretenen Musculis rectis sich durchgedrängt hatte. Leber, Magen, Colon transversum und das grosse Netz waren äusserst fest miteinander verwachsen; das letztere war sehr verdickt und unförmlich, die Serosa des ganzen Darmcanals war ebenfalls stark verdickt und knotig; die Mesenterialdrüsen waren geschwollen. In der Pylorushälfte des Magens war die Schleimhaut im Zustande des chronischen Catarrhs. Die Leber war vergrössert, sehr fest zu schneiden, von orange- bis goldgelber Farbe, blutarm; die Milz war sehr vergrössert, mürbe und blutreich. Die Nieren blutreich, sonst normal, die Harnblase war leer; am Uterus kein bemerkenswerthe Veränderung.

Einen bemerkenswerthen Fall beobachtete ich ausserhalb des Krankenhauses:

Ein 23jähriger Handlungsdiener, ziemlich gross gebaut, etwas mager, dessen Geschwister sämmtlich gestorben waren, hatte sich bisher ganz wohl befunden und war mehr auf den Rath seiner Freunde, denen seine bleiche Gesichtsfarbe auffiel, als aus Bedürfniss im Sommer 1860 im Seebade gewesen. Er kehrte sehr wohl zurück und wandte sich einige Zeit darauf an seinen Arzt wegen eines leichten äusserlichen Uebels. Dieser machte ihn darauf aufmerksam, dass seine Verdauung gestört sei, er hatte eine belegte Zunge, ein Gefühl von Druck in der Magengegend und Trägheit des Stuhlganges, Symptome, welche der Kranke selbst nicht beachtet hatte. Die ihm verordneten Mittel hatten aber nicht den gewünschten Erfolg, vielmehr steigerten sich jene Beschwerden allmählig, gleichwohl waren nur die Zeichen des chronischen Magencatarrhs zu entdecken. Endlich ward auch das Allgemeinbefinden gestört, der Kranke musste zu Hause bleiben und verliess seltener das Lager. In diesem Zustande liess sich der Kranke zur besseren Pflege in das Haus einer befreundeten Familie bringen; bald nach dem Transport traten peritonitische Erscheinungen auf, der Leib fing an aufzutreiben, und es stellte sich Fieber ein. Bald nachher, im December 1860, sah ich den Kranken in Consultation mit seinem Arzte. Obwohl der Kranke etwas mager war, so war doch im Ganzen der Zustand der Ernährung befriedigend. Der Leib war stark aufgetrieben und hatte ganz das Ansehen eines bedeutenden Ascites, gleichwohl war nur geringe Dämpfung des Percussionstons und undeutliche Fluctuation vorhanden. Der Umstand, dass beim Liegen auf der rechten Seite der Percussionston in der linken Seite des Leibes anhaltend gedämpft blieb, führte zu der Annahme eines abgesackten Exsudates und auf den Verdacht einer Tuberculose des Bauchfells. Letztere Vermuthung gründete sich auf das kränkliche Aussehen, den schleichenden Beginn der Krankheit und auf die Thatsache, dass ein Bruder an acuter Hirnentzündung gestorben war. Die Untersuchung der Brustorgane hatte indessen keine Zeichen von Tuberculose ergeben. Trotz der ungünstigen Prognose war jedoch ein rasches Ende um so weniger vorherzusehen, als der Kranke noch zeitweilig aus dem Bette, und wie schon erwähnt, noch ziemlich kräftig war. Die Auftreibung des Leibes nahm indessen sehr rasch zu, es stellten sich Anfälle von starker Beängstigung ein und der Kranke starb unter diesen Erscheinungen schon vier Tage nachdem ich ihn zuerst gesehen hatte. Trotz der enormen Spannung des Leibes war wenig freie Flüssigkeit nachzuweisen gewesen, es konnte daher von der Paracentese keine Rede sein. — Bei der Section drang neben den paralytisch aufgetriebenen Gedärmen jedoch eine bedeutende Menge klaren Wassers aus der geöffneten Bauchhöhle; es zeigten sich nur wenige Flecken geronnenen Exsudats und sehr geringe Röthung des Peritonaeum. In der linken Seite des Leibes war der Peritonaealüberzug des Colon descendens, vorzüglich im oberen Theile, ferner des linken Theils des Colon transversum, ein Theil des grossen Netzes und die entsprechende Partie des Mesocolon in festen colloiden Krebs verwandelt, die Retroperitonaealen Drüsen waren ähnlich erkrankt, doch wenig vergrössert. Das Colon descendens

war durch die Starrheit seiner Wandung verengt; sonst zeigte keines der Bauchorgane eine bemerkenswerthe Veränderung. In der Spitze der rechten Lunge war eine nicht unfängliche kreidige Masse in schwieligem Gewebe eingebettet, sonst waren die Lungen gesund, ebenso auch das Herz.

Die Fälle von tuberculöser Peritonitis, wo die Tuberkelablagerung mehr in Form von miliaren Knötchen oder von grösseren discreten Granulationen abgelagert wird, sind, wie es scheint, häufiger als die von carcinomatöser Peritonitis und als die Fälle von massenhafterer Tuberculisirung des Exsudats. Ich will desshalb die mir zu Gebote stehenden Krankheitsgeschichten dieser Art nicht mittheilen, obwohl auch bei dieser Form mancherlei Modificationen des Verlaufs vorkommen. Einen Fall jedoch halte ich für der Erzählung werth, da der Verlauf insofern ein ungewöhnlicher war, als die Erscheinungen der tuberculösen Peritonitis später ganz zurücktraten.

Ein kräftig gebauter Schlachter von 59 Jahren war schon zu wiederholten Malen wegen fieberlosen Gelenkrheumatismus im Krankenhaus gewesen; er wurde am 20. März 1861 wiederaufgenommen. Er hatte seit 6 Wochen wieder rheumatische Gelenkaffectionen, anfangs an den Handgelenken und den Knieen, jetzt in den Füssen. Diese waren etwas geschwollen; die Gelenke des Ballens beider grossen Zehen waren so schmerzhaft, dass der Kranke bei der Berührung laut aufschrie, die Haut war hier, wie auch am inneren Knöchel des rechten Fusses bläulichroth gefärbt; an beiden Unterschenkeln waren zahlreiche Petechien. Das Aussehen des Kranken war bleich, es war kein Fieber vorhanden, die gastrischen Organe zeigten keine Störung. Die Schmerzen dauerten in den nächsten Tagen fort und ergriffen auch ein Fingergelenk der rechten Hand, später auch das linke Handgelenk, auch zeigte sich etwas Fieber; am 10. April waren alle Gelenkaffectionen verschwunden, nur schmerzten die Füsse noch etwas beim Auftreten, die Petechien, sowie die bläuliche Hautfarbe waren ebenfalls verschwunden. Acht Tage später bekam er wieder Schmerz und Anschwellung des rechten Handgelenks, war aber am 25. April wieder frei. Der Kranke war jetzt ausserhalb des Bettes, noch etwas matt und hatte eine schlechte Gesichtsfarbe, war aber sonst wohl. Er fing allmählig an etwas zu husten, was schon früher bisweilen der Fall gewesen war, die Untersuchung der Brust liess jedoch keine Abnormität erkennen. Am 5. Juni klagte er über Appetitmangel und etwas Schmerz in der Lebergegend, dabei hatte er eine unbedeutende Fieberbewegung. Einige Tage später fing er an, öfter zu erbrechen, der Leib trieb gleichzeitig auf, der Stuhlgang war träge, das Fieber stets geringe. Am 10. Juni klagte er über Schmerzen beim Schlingen, die Fauces waren nur wenig geröthet; der Appetit fehlte fortwährend, er erbrach mitunter und klagte über Spannung im Leibe, sowie über Aufstossen von saurer Flüssigkeit. Es bildete sich allmählig deutlicher Ascites aus und man bemerkte eine faustgrosse teigichte Anschwellung in der rechten Regio iliaca. Die Schmer-

zen im Leibe liessen indessen bald nach, die Anschwellung verschwand wieder, auch stellte sich wieder etwas Appetit ein; mitunter klagte er auch noch über Halsschmerzen. Der Husten dauerte in geringem Grade fort; eine Zeit lang hatte er etwas Schmerz in der rechten Brusthälfte mit den Erscheinungen eines nicht bedeutenden pleuritischen Exsudats. Alle diese Symptome schwanden indessen im Juli, nur blieb der Appetit nur gering und es war noch etwas Ascites vorhanden; dieser schwand auch im Laufe des August. Der Kranke war zwar mager geworden, blieb kraftlos und bleich, verlangte aber am 5. September seine Entlassung. Schon am 14. September ward er wieder aufgenommen. Sein Ansehen war sehr verändert, die Abmagerung hatte bedeutende Fortschritte gemacht, namentlich waren die Clavicular- und Intercostalgruben sehr tief; der Husten hatte sehr zugenommen und war jetzt mit reichlichem Auswurfe verbunden. Der Kranke klagte über Halsschmerzen, verschluckte sich leicht und war heiser, der Appetit war sehr gering, die Oeffnung etwas träge. Die Untersuchung der Brust ergab viele Rasselgeräusche, an einzelnen Stellen gedehntes Exspirationsgeräusch, nirgends deutliche Dämpfung oder bronchiales Athmen. Der Leib zeigte nur eine geringe Empfindlichkeit beim Druck in der linken Seite, es war kein Ascites mehr vorhanden, von Geschwülsten liess sich nichts entdecken. Der Kranke verschlechterte sich rasch und starb schon am 22. September.

Bei der Section fand man in beiden Lungen Gruppen frischer Tuberkelgranulationen und Oedem der unteren und hinteren Partieen. — Das Herz war im Querdurchmesser etwas vergrössert, die rechte Hälfte erweitert, die Kehlkopfsschleimhaut am hinteren Theil der Stimmbänder ulcerirt. — Das Peritonaeum der Bauchwand war mit den anliegenden Organen durch kleinmaschiges Zellgewebe verbunden, in demselben fanden sich zahlreiche Tuberkelablagerungen, theils als Granulationen, theils als grössere Massen. Das Peritonaeum war theils mit frischeren Ecchymosen bedeckt, theils schiefergrau gefleckt. Die Milz war gross, weich, schmutzig blassroth, die Leber klein und blass, die Peripherie der Acini schmutzig gelb; im Parenchym waren zerstreute Tuberkelgranulationen. Die Nieren waren gross, blutreich, auf der Oberfläche körnig; neben der Injection waren in der Corticalsubstanz kleine gelbe, punctförmige Flecken. Die Magenschleimhaut im Zustande des Catarrhs; keine Tuberkelablagerung im Darmcanal.

Das Bild der tuberculösen oder carcinomatösen Peritonitis wird durch das Vorhandensein von Geschwülsten oder anderen auffallenden Veränderungen der Organe der Bauchhöhle bisweilen eigenthümlich verändert und die Diagnose dadurch erschwert; es ist z. B. schwer oder unmöglich, bei vorhandener Leberatrophie und gleichzeitigem Ascites die Bauchfelltuberculose zu erkennen. Grosse Geschwülste des Ovarium, namentlich wenn eine Cyste auf ihrer Innenfläche sich entzündet und die Geschwulst der Bauchwand anliegt, oder gar mit dieser verwachsen ist, sind oft schwer von der Peritonitis mit tuberculösem oder carcinomatösen Exsudat zu unter-

scheiden. Im Krankenhause kam zweimal Schwangerschaft neben tuberculöser Peritonitis vor; den einen Fall, in welchem zweimal die Paracentese gemacht wurde, habe ich im zweiten Jahrgange meiner klinischen Mittheilungen S. 156 erwähnt. — Gleichzeitiges Vorhandensein von einer grossen Ovariencyste und von carcinomatöser Peritonitis beobachtete ich im Krankenhause im Jahre 1860. Noch manche andere Umstände können die Diagnose sehr erschweren und diese wird immer nur mit grösserer oder geringerer Wahrscheinlichkeit gestellt werden können. In den meisten Fällen wird der Sectionsbefund den gewünschten Aufschluss geben, wenn der Kranke aber sich der weiteren Beobachtung entzieht, so bleibt es immer zweifelhaft, in wie weit man auf dem richtigen Wege war. Fälle von dauerndem Stillstand und theilweiser Rückbildung der tuberculösen Peritonitis kommen allerdings den Angaben einiger Beobachter gemäss vor, dennoch wage ich nicht, einige scheinbar hierher gehörige Fälle, welche aus dem Krankenhause entlassen wurden, als solche zu bezeichnen, in denen ein Stillstand oder eine Rückbildung der tuberculösen Peritonitis erreicht sei.

Von der Behandlung ist natürlich wenig zu sagen; die Paracentese ist wohl im Stande, die grosse Beengung auf kurze Zeit zu heben, diese Erleichterung wird aber bisweilen durch die heftigeren Schmerzen, welche durch die Verwundung im Vergleich mit der Punction beim einfachen Ascites erregt werden, theilweise wieder ausgeglichen. Eine anhaltende Steigerung der Peritonitis beobachtete ich nicht, aber es gingen erst mehrere Tage hin, ehe die Kranken sich erleichtert fühlten; diese Besserung war natürlich aber nur von kürzerer Dauer.

Ueber die nervösen Zufälle beim acuten Gelenkrheumatismus.

In den beiden vorhergehenden Jahrgängen meiner klinischen Mittheilungen habe ich mehrere Fälle angeführt, wo sich im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus bedenkliche nervöse Symptome zeigten; diese hatten theils unerwartet den tödtlichen Ausgang herbeigeführt, theils war Genesung erfolgt. In den folgenden Blättern gebe ich eine grössere Zahl von derartigen Fällen, welche zum grössten Theil aus früheren Jahren stammen und welche ich aus den Archiven unseres Krankenhauses entnommen habe. Es finden sich in dieser Reihe Beispiele sowohl von acuten als von chronischen Nervenzufällen; in Verbindung mit den schon früher veröffentlichten Krankheitsgeschichten geben sie Gelegenheit, das verschiedene Auftreten der nervösen Zufälle beim acuten Gelenkrheumatismus an einzelnen Fällen kennen zu lernen, sie weisen aber zugleich auch nach, wie acute und chronische Formen unmerklich in einander übergehen. Dieser Uebergang findet sich nicht sowohl in einem einzelnen Falle, als vielmehr durch Vergleichung der aneinandergereihten Beobachtungen, von denen jede durch einzelne Züge mit den anderen verwandt ist. Eine strenge Begrenzung der nervösen Zufälle ist überhaupt ohne Willkühr und ohne den Thatsachen Gewalt anzuthun, nicht möglich. So ist es durch nichts gerechtfertigt, jede entzündliche Affection innerer Organe von der Betrachtung der nervösen Zufälle auszuschliessen, es kommt vielmehr nur darauf an, den Einfluss der entzündlichen Complicationen im einzelnen Falle richtig zu würdigen. Es giebt einmal unter den Krankheiten keine genauen Grenzen, so wünschenswerth dies der besseren Uebersicht wegen auch erscheinen mag. Am wenigsten darf man bei einer Krankheit, welche, wie der Rheumatismus, in ihrem Wesen noch so unbekannt ist, vergessen, dass eigentlich alle nosographischen Unterschiede nur aus

practischem Bedürfnisse entstanden sind. Unsere Krankheitseinheiten sind nur imaginäre Grössen, deren Dasein mit der vorherrschenden Theorie eng verbunden ist und mit dieser zu Grunde geht, um einer anderen Anordnung der Krankheitssymptome und Proeesse Platz zu machen.

Sowohl aus diesem Grunde, als aus dem Vergleiche des acuten Gelenkrheumatismus mit anderen aeuten fieberhaften Krankheiten geht es hervor, dass es viel angemessener ist, die nervösen Zufälle, aeuter wie chronischer Art, nur als Complieationen aufzufassen und nicht für eigenthümliche Modificationen des hypothetischen rheumatischen Processes selbst zu halten.

Wie bei allen aeuten fieberhaften Krankheiten findet man auch beim acuten Rheumatismus kleinere und grössere Anomalieen des Verlaufes, namentlich aber sogenannte nervöse Symptome, theils leichterer, theils schwererer Art. Die ersteren, wie z. B. Eingenommenheit des Kopfes, leichte Delirien, unruhige Bewegungen oder Sprechen während des Schlafes, Zusammenschrecken, gänzlicher Mangel des Schlafes, vorübergehende Beängstigung oder Beklemmungsgefühle, findet man bei reizbaren Menschen sehr häufig, ohne ihnen eine besondere Bedeutung beizulegen; die bedrohlieheren Zufälle, wie Sopor, lebhafte Delirien, Convulsionen, heftige Angstzufälle, Ohnmachten u. dgl., sind aber nur Steigerungen der leichteren Nervenzufälle und gehen ohne strenge Grenze aus diesen hervor. So finden wir denn auch bei den meisten acuten fieberhaften Krankheiten, wenn auch in sehr verschiedener Häufigkeit, das plötzliche Auftreten heftiger Nervenzufälle, welche theils unerwartet den Tod herbeiführen, theils mehr chronisch verlaufend, als Geistesstörungen und Lähmungen längere Zeit hindurch fortbestehen. Je nach der Art der gerade vorhandenen Krankheit haben diese Erscheinungen bisweilen einige Eigenthümlichkeiten und diese haben wiederholt dazu geführt, für die einzelnen Krankheiten nach besonderen Modifieationen des krankhaften Processes zu forschen. Den früheren, mit Hülfe der Phantasie am Schreibtische entworfenen Hypothesen, hat man den exacten Nachweis der zum Grunde liegenden Veränderungen folgen zu lassen versucht, ohne jedoch bis jetzt aus dem Gebiete der Hypothesen ganz hinauszukommen. Beim acuten Rheumatismus ist man am allerwenigsten zu einem brauchbaren Resultate gelangt. Es scheint jedoch die Nothwendigkeit nicht vorhanden zu sein, jedesmal nach einer specifischen Ursache zu forschen,

es ist vielleicht natürlicher, anzunehmen, dass nervöse Erscheinungen überhaupt bei allen Krankheiten entstehen können, wo immer die allgemeinen Bedingungen für das Zustandekommen derselben vorhanden sind und dass die eigenthümliche Natur des vorliegenden Krankheitsprocesses hierbei nur eine untergeordnete Rolle spielt. Diese Bedingungen finden wir im Allgemeinen bei erhöhter nervöser Reizbarkeit, wie sie z. B. bei manchen Personen individuell und in manchen Altersperioden regelmässig vorhanden ist; wir beobachten sie in Folge von mangelhafter Ernährung, von erschöpfenden Anstrengungen des Körpers, wie des Geistes, von längerem Wachen, von andauernden Schmerzen, von verschiedenen Krankheitsprocessen, mögen diese einzelne wichtige Organe, oder die ganze Constitution betreffen, in Folge von wiederholten oder heftigen Gemüthsbewegungen, sowie vom Missbrauch mancher Genussmittel. Bei erhöhter Reizbarkeit bringt ein an sich nicht intensiver Reiz ganz unverhältnissmässige Wirkungen hervor. Einige dieser Momente sind noch kürzlich von Cl. Bernard u. A. hinsichtlich ihres Einflusses auf die nervöse Reizbarkeit experimentell geprüft worden und die tägliche Erfahrung liefert Belege genug für andere.

Beim acuten Gelenkrheumatismus finden wir nun eine grössere Menge solcher zu nervösen Zufällen prädisponirender Momente beisammen und dies erklärt die relative grössere Häufigkeit von Nervensymptomen bei dieser Krankheit; man könnte sich nicht wundern, wenn sie noch häufiger wären. Die Heftigkeit der Gelenkschmerzen an sich, die Unbeweglichkeit, zu welcher sie den Kranken verurtheilt und welche ihn nicht selten bei der Befriedigung der gewöhnlichsten Bedürfnisse behindert, das Fieber, der fortdauernde Schweiss, dessen reizende Beschaffenheit Miliaria und so noch wieder eine neue Beschwerde herbeiführt, der mangelnde oder stets unterbrochene Schlaf, der ganz unregelmässige Verlauf, welcher mit den stets neu auftretenden und sich wiederholenden Gelenkaffectionen und den entzündlichen Complicationen die Hoffnung des Kranken auf baldige Erleichterung und endliche Genesung stets wieder vernichtet, finden sich als Momente einer fortwährenden Irritation bei wenigen Krankheiten in dieser Vereinigung. Es ist somit auch nicht zu verwundern, dass die im Gefolge des acuten Rheumatismus auftretenden Geistesstörungen den Character der Melancholie tragen, dass der Verfolgungswahn bei diesen einen vorherrschenden Platz einnimmt. Zu diesen regelmässig vorhande-

nen erregenden und unter Umständen lähmenden Einflüssen kommt nun noch bei Einigen ein jugendliches, der Pubertätsentwickelung mehr oder weniger nahestehendes Alter, bei Anderen frühere hysterische Affectionen oder Alcoholmissbrauch, vorangegangene Anstrengungen u. dgl. mehr. Es gelingt freilich nicht in jedem einzelnen Falle, die Bedingungen mit Sicherheit nachzuweisen, welche zu den oft so bedenklichen nervösen Erscheinungen Anlass gegeben haben, es kommen stets Fälle vor, welche sich der hier versuchten Erklärung nicht fügen, aber auch anderer Erklärungen spotten; dessenungeachtet scheint mir diese Ansicht von der Entstehung der genannten Zufälle mehr Wahrscheinlichkeit für sich zu haben, als die Annahme einer eigenthümlichen Veränderung des unbekannten rheumatischen Processes oder die einer ganz unbestimmten Blutvergiftung.

Die entzündlichen Affectionen innerer Organe, namentlich des Gehirns und des Herzens, sind durchaus nicht in allen Fällen ausreichend, um aus ihnen die nervösen Zufälle und den tödtlichen Ausgang zu erklären; bisweilen sind sie kaum in Andeutungen an der Leiche nachzuweisen und stehen auch häufig genug da, wo sie deutlich vorhanden sind, in keinem Verhältnisse zu der Intensität und der Art der Symptome; bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen sind Complicationen von entzündlichen Erkrankungen des Herzens sogar die Regel und reichen hier am wenigsten zur Erklärung aus. Ohne die Annahme einer erhöhten Reizbarkeit oder eines anderen unbekannten hinzutretenden Moments kann man die bedenkliche Wendung der Krankheit bei einer sonst bisweilen ganz unbemerkt vorübergehenden entzündlichen Complication nicht erklären und es kann keine Verwirrung entstehen, wenn man Fälle mit entzündlichen Complicationen mit zur Betrachtung der heftigeren nervösen Zufälle herbeizieht, vorausgesetzt, dass man die einzelnen Fälle gehörig würdigt.

Der Umstand, dass ein Zusammenhang zwischen den acuteren und chronischeren Hirnaffectionen beim acuten Gelenkrheumatismus unter sich nnd mit dem letzteren deutlich besteht, hat Griesinger zu der Ansicht gebracht, die nach und bei Rheumatismus acutus entstehenden Geisteskrankheiten seien gewissermassen noch Aeusserungen der fortdauernden rheumatischen Erkrankung und er hat sie desshalb als protrahirte rheumatische Affection beschrieben. Mir erscheint die Ansicht natürlicher, diese Geisteskrankheiten als Com-

plicationen aufzufassen, welche in ähnlicher Weise wie die Herzaffectionen selbstständig fortbestehen können, wenn der acute Gelenkrheumatismus vorübergegangen ist. Wenn sie auch im Verlaufe dieses entstanden sind und die Gelenkaffectionen mitunter bei heftigerer Erkrankung des Herzens mehr zurücktreten, so fällt es doch Niemanden ein, die zurückbleibenden Klappenkrankheiten als protrahirte rheumatische Affectionen aufzufassen. Das bei den Geistesstörungen nach Rheumatismus acutus öfter beobachtete Alterniren der Gelenkaffection mit den Hirnerscheinungen erklärt sich ungezwungen aus der bekannten Thatsache, dass überhaupt fieberhafte Erkrankungen selbst eingewurzelte Geisteskrankheiten vorübergehend scheinbar verschwinden lassen, während mit dem Nachlasse der acuten Krankheit die geistige Störung wieder nach und nach ihren früheren Platz einnimmt.

Der Einfluss der Behandlung und namentlich bedeutenderer Gaben stark wirkender Mittel ist vom rein theoretischen Standpuncte in Beziehung auf das Vorkommen von bedenklichen Nervenzufällen nicht ganz abzuweisen, dagegen ist dieser Einfluss nicht durch die Erfahrung nachgewiesen; wenn auch der eine oder andere enthusiastische Anhänger oder Gegner gewisser Behandlungsmethoden dergleichen Beschuldigungen mit Ueberzeugung ausgesprochen hat, so fehlt darum doch der Nachweis, und die Erfahrung hat gelehrt, dass solche Zufälle bei der verschiedenartigsten Behandlung vorkommen.

Ich theile nun zunächst einige Fälle mit, in welchen der Tod unter mehr oder minder plötzlichen nervösen Erscheinungen eintrat, ohne dass die Section irgend eine bemerkenswerthe Veränderung nachwies. In den beiden ersten erschienen die Zufälle ganz plötzlich und gingen scheinbar vom Gehirn aus.

I. Am 28. März 1844 wurde ein 25jähriger Brauerknecht aufgenommen, welcher seit acht Tagen krank war. Er hatte am 22. etwas Angina, ohne Störung des Allgemeinbefindens, bekommen, am 25. war Brustschmerz, etwas Husten und Herzklopfen mit Fieber eingetreten, am 27. wurden erst die Gelenke ergriffen. Er fieberte lebhaft und schwitzte stark, am Herzen liess sich nichts Abnormes entdecken, der Stuhlgang war träge. Er bekam Nitrum mit Tartarus stibiatus und später mit Natrum sulphuricum. Bis zum 31. trat keine Veränderung ein, mit der Ausnahme, dass Oeffnung erfolgte. Am 31. Morgens waren das Fieber, der Schweiss und die Gelenkaffection vermindert, der Kranke klagte nur über etwas Leibschmerz. Am Nachmittage fing er plötzlich an, zu deliriren; die Delirien wurden rasch heftiger, dann trat Sopor ein und Abends gegen 10 Uhr erfolgte der Tod.

Bei der 15 Stunden nach dem Tode gemachten Section war im Sacke der dura Mater spinalis wenig Wasser, die pia Mater spinalis war blutreich, das Rückenmark ganz gesund; die Arachnoidea cerebralis war leicht getrübt, unter derselben und in den Seitenventrikeln war wenig seröse Flüssigkeit. Die Lungen waren gesund, auf der inneren Fläche des Herzbeutels fanden sich am Ursprunge der grossen Gefässe kleine Ecchymosen und im subserösen Gewebe Gefässinjectionen, aber durchaus kein Exsudat. In den ergriffenen Gelenken war die Synovia vermehrt und mit weisslichen Exsudatflocken vermischt, die Capsel aber nicht geröthet.

II. Ein 25jähriger Schneidergesell ward am 7. Juni 1848 aufgenommen. Er litt seit 7 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus; die grösseren Gelenke waren fast alle ergriffen, das Fieber war lebhaft und mit starkem Schweiss verbunden. Der Zustand blieb sich in den nächsten Tagen ganz gleich. Ohne dass eine irgend wie bedenkliche oder ungewöhnliche Erscheinung vorhergegangen war, traten am Morgen des 14. Juni plötzlich Convulsionen ein, denen in kurzer Zeit der Tod folgte.

Bei der Section, welche 37 Stunden nach dem Tode gemacht wurde, war die Fäulniss schon zu weit vorgeschritten, um eine genauere Untersuchung zuzulassen, indessen liess sich in keinem Organe eine pathologische Veränderung erkennen, in den Hirnhöhlen war kein Serum, im Herzen kein Blut, am Endocardium zeigte sich nur Imbibitionsröthe.

In dem folgenden Falle gingen die Symptome vom Herzen aus.

III. Eine kräftige, früher stets gesunde Amme, welche am 21. März 1853 aufgenommen wurde, war 8 Tage vor der Aufnahme an acutem Rheumatismus erkrankt. Es war anfangs das rechte, dann das linke Fussgelenk ergriffen, dann beide Kniegelenke. — Sie fieberte lebhaft; die Gelenkaffection, wie das Fieber machten in der gewöhnlichen Weise unregelmässige Exacerbationen und Remissionen jedoch traten keine beunruhigende Symptome ein. Am 27. März fieberte sie lebhafter und klagte über Herzklopfen. Abends 9 Uhr starb sie, ohne dass im Journal über die dem Tode vorhergegangenen Erscheinungen etwas notirt wäre; es ist jedoch eine am Abend erfolgte Verordnung von 8 Blutigeln angemerkt.

Die etwa 16 Stunden nach dem Tode gemachte Section ergab am Gehirn und seinen Häuten nur eine mässige Hyperämie; die Lungen waren an den Rändern von Luft ausgedehnt, in den übrigen Theilen stark serös infiltrirt Das Herz war von normaler Grösse und enthielt viel dünnflüssiges Blut: das Endocardium und die innere Haut der Aorta erschienen rosenroth imbibirt, sonst ohne Veränderung. Leber, Milz und Nieren waren blutreich, sonst jedoch nicht erkrankt. In dem einzigen Gelenke, welches geöffnet wurde, befand sich eine eitrige Flüssigkeit.

In ganz ähnlicher Weise, wie im eben erzählten Falle, gingen in den, im 2. Jahrgange meiner Mittheilungen S. 28 und 31 erzählten Fällen, eines 31jährigen Dienstmädchens und eines 28jährigen Bäckergesellen, dem plötzlich und unerwartet erfolgten Tode Beklemmungsgefühle und erst später Bewusstlosigkeit voran.

In den folgenden Fällen trat der Tod nicht so plötzlich ein, obwohl die ersten Andeutungen der bedenklichen Erscheinungen doch immer nur kurze Zeit vor dem Tode sich gezeigt hatten.

IV. Ein 28jähriges Dienstmädchen wurde am 28. Februar 1856 aufgenommen. Sie litt seit 5 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus und war bei der Aufnahme gerade menstruirt; das Fieber war mässig, der Stuhlgang früher regelmässig, jetzt etwas angehalten. Bis zum 4. März trat keine wesentliche Aenderung ein, an diesem Tage klagte sie nach einer unruhigen Nacht über vermehrte Schmerzen, ohne dass der Puls beschleunigter war; trotz einer am Abend gereichten Dosis Morphium war sie in der folgenden Nacht und am nächsten Morgen unruhig und delirirte, der Puls war am 5. klein und beschleunigt, die Herztöne waren etwas unrein, die Gelenkaffection verbreitet und ziemlich stark, das Aussehen war anämisch. Sie erhielt 3stündlich einen Gran Digitalis und ein Vesicans in die Herzgegend; in der Nacht um 11 Uhr starb sie. Eine Notiz über das Befinden am Abend fehlt.

Bei der etwa 14 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigte sich die Leiche allgemein anämisch. Das Gehirn war wenig consistent und serös infiltrirt. Die Lungen lagen frei und waren durchgehends ödematös. Das Herz enthielt ziemlich viel aufgelöstes Blut, die Substanz war blass, auf der Oberfläche des Herzens befand sich ein Sehnenfleck von mässiger Grösse. Die Unterleibsorgane zeigten keine wesentliche Veränderungen. In dem zuletzt am stärksten ergriffenen linken Handgelenke fanden sich einige Tropfen gelblichen Eiters.

V. Am 16. Februar 1860 wurde ein 24jähriger Zimmergesell aufgenommen, welcher vor 14 Tagen an Husten erkrankt war, aber ohne das Bett zu hüten, und vor 3 Tagen durch Fieber und schmerzhafte Gelenkanschwellungen genöthigt gewesen war, zu Bette zu bleiben. Er hatte schmerzhafte Anschwellungen im linken Handgelenke und in beiden Kniegelenken, erhöhte Hauttemperatur, beschleunigten, nicht ganz regelmässigen Puls, weissbelegte Zunge, Appetitmangel, trägen Stuhlgang, dunklen, sparsamen, etwas sedimentirenden Urin, ohne Eiweiss, und Schlaflosigkeit. Die Herztöne waren rein, die Herzdämpfung war nicht vergrössert. Nitrum mit Infusum Sennae und Infusum Digitalis bewirkten erst nach einigen Tagen etwas Remission des Fiebers und vermehrte Stuhlausleerung, die Schmerzen dauerten fort und wechselten in gewöhnlicher Weise die Gelenke. Der anfangs bis über 120 Schläge in der Minute beschleunigte Puls war, nachdem er schon mehrere Tage auf 108 Schläge gesunken war, am 23. Februar auf 100 Schläge herabgegangen, die Gelenkschmerzen dauerten in gewohnter Weise fort; am Mittage desselben Tages bekam der Kranke plötzlich starke Beängstigung, Kopfschmerz, Schwindel und einen sehr beschleunigten Puls. Nach der Application eines Vesicans in die Herzgegend trat Erleichterung ein und der Kranke war bei der Abendvisite ohne besondere Klagen. In der Nacht wurde er etwas unruhig und wollte plötzlich das Bett verlassen, beruhigte sich aber wieder. Am Morgen um 5 Uhr ward er todt im Bette gefunden.

Bei der schon 8 Stunden nach dem Tode gemachten Section waren an dem kräftigen Körper verbreitete, intensive Todtenflecke, die Muskeln er-

schienen normal gefärbt. Unter der Arachnoidea war eine ziemliche Ansammlung von Serum, sie selbst war milchig getrübt und mit vielen Pacchionischen Granulationen bedeckt. Unter dem Tentorium Cerebelli war viel Wasser, ebenso im Rückenwirbelcanale, dagegen wenig in den Ventrikeln. Am Gehirn selbst keine Veränderung. — Die Lungen waren nach vorn von Luft ausgedehnt, hinten blutreich, die oberen Lappen von Serum stark infiltrirt, im Uebrigen gesund. Im Herzbeutel war wenig seröse Flüssigkeit, in den Höhlen des Herzens war dunkles kirschrothes Blut und wässrig-durchfeuchtetes weiches Fibringerinnsel; das Herzfleisch war blass, die Klappen waren nicht verändert. Die Leber war blass und weich, die Milz ziemlich gross und dunkel, die Nieren sehr blutreich, etwas geschwollen, aber nicht wesentlich vergrössert; der in der Blase befindliche Urin enthielt kein Eiweiss. Am Magen und Darmcanale wurden keine erheblichen Veränderungen gefunden.

Ein noch längerer Zeitraum verlief zwischen dem ersten Auftreten der nervösen Symptome und dem Tode in den beiden nun folgenden Fällen.

VI. Ein 39jähriger Schuhmacher wurde am 17. Mai 1844 aufgenommen. Er hatte schon früher, einmal vor 12 Jahren und dann wieder vor 9 Jahren, an acutem Gelenkrheumatismus gelitten. Jetzt war er seit 14 Tagen von dieser Krankheit befallen. Die grösseren Gelenke waren fast sämmtlich ergriffen; das Fieber war nur mässig stark, die Zunge war stark schmutzig weiss belegt, die Stuhlausleerung dünn, Erscheinungen von Seiten der Brustorgane fehlten. (Decoctum Althaeae mit Salmiak). In der zweiten Nacht delirirte der Kranke lebhaft und klagte am Morgen über Kopfschmerzen; er war dabei etwas betäubt und hatte injicirte Augen, der Puls war mehr beschleunigt, die Zunge etwas trocken, der Durchfall dauerte fort, der Leib war etwas schmerzhaft. (12 Blutigel an den Kopf). Am Abend war wieder Unruhe mit Delirien vorhanden, weshalb ein Vesicans in den Nacken gelegt wurde. Die Unruhe und die Delirien dauerten in der Nacht fort, am Morgen trat Nasenbluten ein, worauf der Kranke ruhiger ward. Der Kopf war indessen noch schwer und schmerzhaft, die Gelenke waren dagegen schmerzfrei; die Respiration war beschleunigt, am Herzen war jedoch nichts Abnormes zu entdecken, der Durchfall dauerte fort, die Zunge war rein und feucht. Es wurden noch einmal 12 Blutigel an den Kopf gesetzt. In der Nacht war der Kranke wieder unruhig und delirirte viel, am darauf folgenden Mittage, am vierten Tage nach der Aufnahme, erfolgte der Tod.

Bei der Section erschien die pia Mater und die Hirnsubstanz blutreich, die Arachnoidea wenig getrübt, unter derselben und in den Ventrikeln war wenig Wasser. Die Lungen hatten einige ältere Anheftungen an die Rippenwand, waren serös infiltrirt, aber sonst gesund. Am Herzen wurde keine Veränderung gefunden; das in demselben enthaltene Blut war dunkel, flüssig und ohne Faserstoffgerinnsel, die Baucheingeweide zeigten sich nicht wesentlich verändert. Die Leiche war übrigens, 24 Stunden nach dem Tode, schon von Fäulniss ergriffen.

VII. Ein 50jähriger ehemaliger Comtoirist wurde am 20. Januar 1846 aufgenommen; er war schwerhörig und die Anamnese war daher nicht

gehörig festzustellen, das ärztliche Attest besagte, dass er seit drei Tagen an acutem Gelenkrheumatismus leide, der Kranke selbst wollte 4 Wochen krank sein. Es stellte sich noch heraus, dass er vor 10 Jahren schon einmal an Rheumatismus krank gewesen sei, dass er seit 6 Jahren an chronischem Lungencatarrh leide und dass er dem Trunke sehr ergeben sei. Die grösseren Gelenke waren fast sämmtlich schmerzhaft, aber wenig geschwollen, die Haut war heiss und schwitzend, der Puls mässig beschleunigt, die Zunge wenig belegt; der Kranke hustete und hatte gelblichen schleimigen Auswurf. Es wurde ihm Nitrum mit Tartarus stibiatus verordnet. In der Nacht delirirte der Kranke etwas, aber mehr mit geschlossenen Augen; beim Schliessen der Augen traten beunruhigende Gesichtstäuschungen ein. Der Puls blieb frequent, die nächtlichen Delirien dauerten in dem erwähnten Grade fort, die Gelenkaffection wechselte in gewöhnlicher Weise ihren Sitz. Als am 25. der Kranke nach einer unruhigen Nacht, in welcher er gelärmt hatte und aus dem Bette gesprungen war, auch bei Tage noch delirirte, wurden 12 Schröpfköpfe in den Nacken gesetzt und am 26. bei unverändertem Zustande Calomel mit Digitalis verordnet; die Handgelenke waren an diesem Tage noch stark geschwollen, der Kranke schwitzte viel. In der nächsten Nacht starb er, ohne dass eine weitere Veränderung seines Zustandes angegeben wäre.

Bei der 34 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigten sich einige Fäulnissspuren, vorzüglich in der Brusthöhle. — In der Schädelhöhle wurde nichts Krankhaftes bemerkt, unter der Arachnoidea und in den Ventrikeln war wenig Wasser. An den Organen der Brusthöhle war, soweit die Fäulniss es erkennen liess, keine wichtige krankhafte Veränderung; das Herz war schlaff und fettreich. In der Bauchhöhle war eine reichliche Fettablagerung, die Leber war blutarm und hell gefärbt, die Milz mürbe und weich. An den übrigen Organen wurde nichts Auffallendes bemerkt.

Dieser Fall erinnert sehr an die beiden glücklich abgelaufenen Fälle, welche ich im zweiten Jahrgange meiner Mittheilungen S. 32 und 33 beschrieben habe; in beiden war ebenfalls chronische Alcoholvergiftung vorhanden, welche sich, wie im eben erzählten Falle, in den Symptomen mehr oder minder deutlich aussprach.

Ich lasse nun eine Reihe von Fällen folgen, bei denen der Sectionsbefund geringere und stärkere Spuren von Entzündungen der Meningen oder des Herzbeutels nachwies. Die Geringfügigkeit wird in einigen Fällen die Bedeutungslosigkeit der entzündlichen Symptome für die Erklärung der bedenklichen Zufälle unbezweifelt lassen, in anderen war stärker entwickelte Entzündung vorhanden, ohne, der Intensität nach, den schweren Symptomen zu entsprechen, bisweilen ohne dass von den entzündlich ergriffenen Organen die hauptsächlichsten Symptome ausgegangen wären.

VII. Die 58jährige Wittwe eines Wirthes, welche am 23. April 1855 aufgenommen wurde, war 14 Tage vor ihrer Aufnahme an acutem Gelenk-

rheumatismus erkrankt. Die Fuss- und Knie-Gelenke waren bei der Aufnahme stark geschwollen und empfindlich, das Fieber war ziemlich lebhaft. Anfangs hatte sie nur über geringe Kopfschmerzen geklagt, wenige Stunden nach ihrer Aufnahme wurde sie jedoch von Kopfschmerz und von Delirien befallen, der Kopf war sehr heiss, die Augen waren injicirt, die Pupillen contrahirt. Nach 10 Blutigeln und der Anwendung von Calomel zweistündlich zu einem Gran, verfiel die Kranke in einen ruhigen Schlaf, in welchem sie stark schwitzte. Am andern Morgen fühlte sie sich wohler, der Kopfschmerz war gering, doch war das Gesicht bleich, die Pupillen waren weit und träge, der Gesichtsausdruck leidend. Die Haut wurde im Laufe des Vormittags heiss und trocken, die Zunge belegte sich und ward trocken, der Leib trieb etwas auf, war aber weich. Der Stuhlgang war flüssig geworden, der Harn war roth und trübe, die Gelenksehmerzen und die Anschwellung der Gelenke waren noch ziemlich heftig. In der folgenden Nacht schlief die Kranke nicht, war aber ruhig, auch am nächsten Morgen war sie bei Besinnung; der Kopf schmerzte wenig, dagegen hatte sie viel Schmerzen in den Füssen und war sehr entkräftet. Der Puls machte 100 Schläge in der Minute und war etwas gespannt, die Haut und die Zunge waren noch trocken, der Leib voll und weich, die Stuhlausleerung flüssig und einigemal unwillkührlich. In der nun folgenden Nacht war die Kranke sehr unruhig, gegen Morgen trat allgemeiner Callapsus ein, welcher bis zum Abend anhielt; der Tod erfolgte um 8 Uhr. — Die Auscultation des Herzens hatte ausser unrythmischen Schlägen und lauten Tönen keine Abweichung ergeben.

Bei der 18 Stunden nach dem Tode gemachten Section war die pia Mater blutreich und mit trübem Serum infiltrirt, die Sinus der harten Hirnhaut waren mit Blut angefüllt, die Substanz des Gehirns war blutreich und fest, in den Ventrikeln war wenig Serum. Die Lungen waren durch Zellgewebe angeheftet, zusammengefallen, blutleer und trocken. Im Herzbeutel war etwas klares Wasser, das Herz war klein, zusammengezogen, mit Sehnenflecken bedeckt, die Höhlen desselben waren leer, die Aortaklappen waren atheromatös. Die Leber erschien klein, fest, körnig; die Milz war von normaler Grösse, brüchig, die Nieren waren schlaff ziemlich blutreich, die Schleimhaut des Magens und Darmcanals zeigte sich etwas injicirt, sonst gesund. Die inneren Genitalien waren nicht krankhaft verändert. — In beiden Kniegelenken befand sich etwa ein Esslöffel voll eitrigen Serums, die Gelenkbänder waren gewulstet und stark injicirt, die Knochenenden und die Knorpel waren gesund.

IX. Ein 29jähriges Dienstmädchen war 6 Tage krank, als sie sich am 30. Juli 1857 ins Krankenhaus aufnehmen liess. Sie fieberte lebhaft, der linke Fuss und das linke Knie waren geschwollen und schmerzhaft, der Kopf schmerzte gleichfalls, die Zunge war roth und etwas trocken, der Leib, weich, die Stuhlausleerung dünn. Die anfangs verordnete Auflösung von Nitrum mit Tartarus stibiatus wurde am folgenden Tage mit einer Gummilösung vertauscht. Am 1. August war das Fieber vermindert, die Anschwellung hatte die Fingergelenke ergriffen, an den Organen der Brusthöhle war nichts Abweichendes zu bemerken. (Morgens und Abends fünf Gran Chinin). Die Nacht war unruhig, die Kranke delirirte noch am

andern Morgen. Der Kopf war dabei heiss, der Puls voll, von 100 Schlägen in der Minute, der Durchfall dauerte fort. Es wurden 12 Blutigel an den Kopf und Eisumschläge verordnet. Sofort nach der Blutentziehung trat Collapsus ein; die Kranke starb Nachmittags 3 Uhr.

Bei der 22 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigte sich bedeutende Gehirnhyperämie; an der Basis des grossen Gehirns waren einzelne, hirsekorngrosse lockere Fibringerinnsel. — Bedeutendes Lungenödem. — In der rechten Herzhälfte befand sich ein äusserst geringes Blutgerinnsel, sonst in keinem Gefässe, das Blut war dunkel und wässerig. Die Eingeweide der Bauchhöhle sahen blutleer aus, das nach den tiefer gelegenen Stellen gesenkte Blut war überall von der schon beschriebenen Beschaffenheit. Die Milz war klein, geschrumpft. Im Magen war die Schleimhaut aufgelockert, mit einzelnen kleinen Ecchymosen bedeckt, die Schleimhaut des Darmcanals war überall blutarm.

X. Ein 26jähriger Malergesell, als ein etwas florider Mensch bezeichnet, ward am 4. Mai 1844 aufgenommen. Er hatte vor 8 Jahren schon einmal einen acuten Gelenkrheumatismus überstanden, war seitdem aber wohl gewesen, bis er jetzt von Neuem von derselben Krankheit befallen wurde. Der Tag der Erkrankung ist nicht aufgezeichnet. Bei seiner Aufnahme waren die Fussgelenke geschwollen und schmerzhaft, der Schmerz exacerbirte Nachts und raubte dem Kranken den Schlaf; das Fieber war lebhaft, der Kranke schwitzte stark, die Zunge war weisslich belegt, die Oeffnung träge, der Kopf war frei, der Urin dunkel, etwas sparsam und trübe. Er erhielt eine Auflösung von Nitrum mit Tartarus stibiatus. Bis zum 8. Mai trat keine wesentliche Veränderung ein, nur dass sucessive die höher gelegenen Gelenke ergriffen wurden. Am 8. Mai wurde ihm, obwohl sich durchaus keine Brustaffection zeigte, ein schwaches Infusum Digitalis mit Tartarus stibiatus verordnet; am Abend fing er an zu deliriren, was die ganze Nacht hindurch fortdauerte. Am nächsten Vormittag war er zwar ziemlich bei Bewusstsein, aber nicht ganz frei. Die Haut war heiss und trocken, es zeigte sich auf der Brust Miliaria rubra, der Puls war klein und frequent. Der Stuhlgang war dreimal erfolgt und flüssig, der Leib war weich, aber in der Coecalgegend etwas schmerzhaft, die Zunge war trocken. Die Gelenke waren nicht mehr geschwollen, doch klagte der Kranke über Schmerzen in den Armen. Das Aussehen des Kranken verrieth etwas Stupor, doch klagte er nicht über Kopfschmerz. Er erhielt ein Vesicans in den Nacken, einen Aderlass von 15 Unzen, innerlich Nitrum mit Tartarus stibiatus. Am 10. war keine günstige Veränderung eingetreten, im Gegentheil war der Kranke mehr verwirrt und aufgeregt; der Puls war voller, aber etwas hüpfend und ebenso frequent, als am Tage vorher; am Herzen hörte man ein blasendes Geräusch. Der Kranke bekam noch 16 Blutigel in die Schläfen. Die Unruhe gab sich nicht, der Stupor hatte zugenommen, die Extremitäten waren in beständiger Bewegung, die Pupillen reagirten lebhaft. Der Urin hatte vom Beginn der nervösen Symptome an sein Sediment verloren, war stets klar, aber dunkel gefärbt, die Haut war feucht, aber brennend heiss. Der Puls war noch frequenter geworden. Es wurden am 11. noch 20 Schröpfköpfe auf den Rücken gesetzt und eine stärkere Auflösung von Tartarus stibiatus

gegeben. Am Abend desselben Tages erfolgte der Tod. — Bei der etwa 20 Stunden nach dem Tode gemachten Section erschienen die Häute des Gehirns ziemlich blutreich, übrigens unverändert; unter der Arachnoidea war sehr wenig wässeriges Exsudat, in den Ventrikeln war etwas trübes Serum, die Gehirnsubstanz war nicht blutreich, auch sonst nicht verändert. Die Lunge war ohne Adhäsionen, das Gewebe derselben war serös infiltrirt, sonst gesund. Im Herzbeutel war etwas trübes Exsudat, auf der Oberfläche des Herzens waren einige Petechien, der Ueberzug war injicirt, nicht ganz glatt; im Inneren des Herzens war Alles gesund. Die Leber war blass und weich, und trug, wie alle Organe der Bauchhöhle, schon die Spuren beginnender Fäulniss. An der Milz und den Nieren waren keine wesentliche Veränderungen. Im Darmcanal waren die Peyerschen Drüsen etwas entwickelt, die Mesenterialdrüsen etwas angeschwollen. In einzelnen Gelenken waren die Synovia klar, dagegen in den Sehnenscheiden des Handrückens die Synovia getrübt, eiterähnlich.

XI. Ein 32jähriger Segelmacher wurde am 16. Mai 1844 aufgenommen. Er litt seit 8 Tagen an fieberhaftem Gelenkrheumatismus, welcher an den Schultern beginnend, sich später auf die Hände und Füsse ausgebreitet hatte. Die Gelenke waren geschwollen und schmerzhaft, das Fieber war lebhaft, die heisse Haut war mit starkem Schweisse bedeckt, der Puls machte 120 Schläge. Die Zunge war feucht, der Kopf und die Brust waren frei. In den nächsten beiden Tagen erfolgte beim Gebrauch von Nitrum mit Tartarus stibiatus ein geringer Nachlass in der Gelenkaffection, doch blieb die Pulsfrequenz. Am 19. trat Nasenbluten ein, ohne an dem Zustande sonst etwas zu ändern. Am 20. war er aufgestanden, weil er über nichts zu klagen hatte, das Fieber war aber noch unverändert. Am 21. zeigte sich deutlicher eine Eingenommenheit des Bewusstseins; der Kranke klagte kaum über die Gelenke, hatte aber etwas Herzklopfen und fieberte sehr lebhaft. Die Percussion ergab keine Vergrösserung der Herzdämpfung, man hörte beim ersten Ton ein starkes, blasendes Aftergeräusch. Es wurden 6 Schröpfköpfe auf die Herzgegend und ein Infusum Digitalis mit Nitrum verordnet, später noch ein Aderlass von 16 Unzen. Es trat hiernach anfangs keine Veränderung ein, drei Stunden nach dem Aderlass bekam der Kranke Convulsionen und starb bald darauf.

Bei der 20 Stunden nach dem Tode gemachten Section zeigte die Leiche bei äusserer Besichtigung nichts Auffallendes, die Gelenke waren nicht geschwollen. Die Hirnhäute waren auf der Oberfläche getrübt, von bläulich weisser Farbe und mit einer sulzigen Masse infiltrirt, welche aber nicht acut abgelagert zu sein schien. Die Substanz des Gehirns war gesund, wenig injicirt, in den Ventrikeln wenig Wasser. Aus dem Wirbelcanal drang viel Wasser. Beide Lungen waren durchaus gesund, der untere Theil der linken Lunge war durch bandförmige Adhäsionen, die noch ziemlich frisch zu sein schienen, mit der Brustwand verwachsen. Der Herzbeutel war schon auf seiner äusseren Fläche stark injicirt, seine innere Fläche in ihrer ganzen Ausdehnung entzündet und das Herz in seinem ganzen Umfange mit dem Herzbeutel durch eine ziemlich dünne Exsudatschicht verklebt; diese liess sich noch sehr leicht trennen und von dem Pericardium abstreifen; es zeigte sich der Herzbeutel noch an vielen

Stellen, besonders an den Vorhöfen injicirt und an seinem äusseren Blatte etwas verdickt. Das Endocardium war stark geröthet, doch ohne Gefässbildung, an den Klappen war keine Veränderung, nur an der Mitralis eine unbedeutende Exereseenz, die aber älteren Datums zu sein schien. — Die Milz war etwas angeschwollen und weich, sonst alle Organe des Unterleibs gesund.

XII. Ein 28jähriger Arbeitsmann, welcher schon ein Jahr vorher an acutem Gelenkrheumatismus gelitten hatte, wurde am 3. Februar 1852 aufgenommen. Er war seit einigen Tagen von Neuem von acutem Rheumatismus befallen; ausser den gewöhnlich ergriffenen Gelenken waren auch das linke Kinnbackengelenk und die Halswirbelgelenke schmerzhaft; das Fieber war lebhaft, der Schweiss stark, der Stuhlgang träge; keine Herzaffection. (Nitrum mit Tartarus stibiatus). Am 5. war das Fieber etwas geringer, die grösseren Gelenke waren ziemlich schmerzlos, die Kinnlade und der Nacken aber noch schmerzhaft. Die Brust war frei, die Zunge stark belegt. In der darauf folgenden Nacht war der Kranke etwas unruhig, ohne eigentlich zu deliriren. Der linke Arm war wieder schmerzhaft, die übrigen Gelenke freier, das Fieber war lebhaft, der Kranke schwitzte und hatte ein geröthetes Gesicht. Am Herzen hörte man ein systolisches blasendes Geräusch. (12 Schröpfköpfe auf die Herzgegend). Nach der örtlichen Blutentziehung fühlte sich der Kranke erleichtert; in der Nacht nahmen die Schmerzen in den Gelenken wieder zu, der Kranke fing gegen Morgen an, zu deliriren und laut zu schreien; die Pupillen waren starr, die Richtung der Augen nicht congruent; der Puls war 128, klein und hart, die Zunge feucht, an der Spitze geröthet. Der Körper war mit Miliaria bedeckt; das Geräusch am Herzen von derselben Intensität. Gegen Mittag verfiel der Kranke in tiefen Sopor und starb gegen 4 Uhr Nachmittags.

Bei der 22 Stunden nach dem Tode gemachten Section war ein hoher Grad von Todtenstarre vorhanden. Die Gehirnhäute waren sehr blutarm, das Gehirn hingegen blutreich, namentlich drangen beim Durchschnitt viel dunkle Blutpuncte hervor, die Consistenz war vermehrt, die Ventrikel waren leer und klein. Beide Lungen waren durchaus gesund, aber blutreich. Auf der äusseren Fläche des Herzbeutels war eine starke Gefässinjection, welche sich auf der inneren, übrigens glatten Fläche weniger stark zeigte, dagegen waren auf der inneren Fläche, wie auf dem Herzüberzuge viele kleine Ecchymosen. An der Basis der grossen Gefässe fand sich ein frisches, lockeres Faserstoffexsudat; ausserdem waren verschiedene grössere und kleinere sogenannte Sehnenflecke auf der Oberfläche des Herzens vorhanden. Das Herz war schlaff, enthielt nur dunkles, dünnflüssiges Blut mit ganz weichen Faserstoffgerinnseln; am Endocardium war nichts Krankhaftes. Die Leber war gross, blutreich, enthielt verschiedene grössere und kleinere Fettablagerungen (anämische Stellen?). Die Milz war klein, breiig; die Magenschleimhaut stark injicirt und mit kleinen Ecchymosen bedeckt. Die Schleimhaut des Dünndarms war mässig injicirt, die Solitairdrüsen im unteren Theil des Ileum waren geschwollen, die Peyerschen Drüsen weniger hervortretend; die Mesenterial-Drüsen etwas geschwollen; in dem Mesenterium viele Ecchymosen; der Dickdarm war ohne bemerkenswerthe Veränderung. Die Nieren waren

gross und blutreich. In den geöffneten Kniegelenken war die Synovia sehr vermehrt, die Gelenkkapsel war nicht injicirt.

XIII. Ein 28jähriges Dienstmädchen, am 30. Januar 1856 aufgenommen, war seit dem 25. an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt. Dieser hatte anfangs die Fussgelenke, dann das rechte Handgelenk und die Hüftgelenke ergriffen. Sie fieberte lebhaft, der Puls war klein und frequent, der Schweiss stark, die Respiration war beschlennigt, doch ergab die Untersuchung der Lungen nichts Abnormes; die Herztöne waren schwach, der zweite Pulmonalton schien verstärkt; der Stuhlgang war angehalten, die Zunge roth und feucht. Nachdem anfangs Nitrum mit Tartarus stibiatus verordnet war, erhielt die Kranke am 31. noch eine Calomel-Dosis; zugleich Einreibungen von Liquor Hollandicus in die Gelenke. In den folgenden Tagen schien die Herzdämpfung etwas vergrössert, auch glaubte man dann und wann ein schabendes Geräusch am Herzen zu hören; es wurden deshalb am 3. Februar 10 Blutigel in die Herzgegend gesetzt. Abends wurde seit dem 1. Februar ein Pulver von Ipecacuanha und Morphium aa $^1/_8$ Gran gegeben, ohne Nachtruhe herbeizuführen. Am 4. Februar waren nach einer unruhigen Nacht die Gelenkaffectionen mehr zurückgetreten, der Puls erschien kräftiger, die Herztöne lauter, als an den vorhergehenden Tagen, der Stuhlgang war nicht erfolgt. Wenige Stunden nach der ärztlichen Visite erfolgte der Tod; unter welchen Erscheinungen ist nicht aufgezeichnet.

Die 23 Stunden nach dem Tode gemachte Section ergab Folgendes: Die Leiche zeigte eine kräftige Musculatur, ein gut erhaltenes Fettpolster und eine nicht bedeutende Todtenstarre. Das Gehirn war blutarm, unter den Hirnhäuten und in den Ventrikeln war wenig Flüssigkeit. — Die Lungen waren collabirt, zeigten sich übrigens vollständig normal; das Herz war schlaff, die Venen desselben stark angefüllt, das Visceralblatt des Herzbeutels zeigte, ausser einem etwa linsengrossen Bluterguss im subserösen Zellgewebe, nichts Abnormes, einige milchig getrübte Flecke deuteten auf frühere Pericarditis. Der flüssige Inhalt des Herzbeutels war unbedeutend, hellgefärbt. Das Innere des Herzens enthielt bedeutende Blutgerinnungen in den weiten Höhlen; die Pulmonalarterie und ihre ersten Aeste waren vollständig durch feste, lange schwarzrothe Blutgerinnsel ausgefüllt, welche, herausgezogen, ganz die Form der Verästelung behielten. Der Magen zeigte intensiven Catarrh, die übrigen Organe aber durchaus keine Abweichung. In den Gelenken waren nur seröse Ansammlungen, nur im rechten Kniegelenke zeigte sich die Gelenkkapsel mit ergriffen (geröthet?).

Die in diesem Falle gefundenen Gerinnsel in der Pulmonalarterie scheinen mehr ein Product der Agonie, als die Ursache des Todes gewesen zu sein. Ich habe jedoch des möglichen Zweifels wegen den Fall in die Reihe derjenigen Krankheitsgeschichten gestellt, in welchen sich an der Leiche bestimmte Veränderungen fanden, welche man möglicherweise mit den Erscheinungen während des Lebens in Verbindung bringen kann.

Ich wende mich nun zu solchen Fällen, wo der sogenannten Geisteskrankheit ähnliche Gehirnstörungen vorkamen. Die Grenze ist hier nur mit einiger Gewalt zwischen den Fällen, wo unmotivirte Beklemmungsgefühle und Angst, Delirien und Hallucinationen ohne Fieber oder bei unverhältnissmässig geringem Fieber auftraten und den Fällen eigentlicher Geisteskrankheit zu ziehen; es zeigt sich hier recht deutlich, dass der Begriff der Geisteskrankheit noch unbestimmter ist, als eine der anderen sogenannten Krankheitseinheiten, vielleicht die Hysterie ausgenommen. Diese letztere, mit der Geisteskrankheit so eng verflochtene Affection, bildet auch beim acuten Rheumatismus den Uebergang zur psychischen Störung in vielen Fällen. Ich erinnere hier an die beiden Fälle, welche ich früher in meinen klinischen Mittheilungen veröffentlicht habe (erster Jahrgang S. 41, zweiter Jahrgang S. 31). Die chronische Alcoholvergiftung giebt hier natürlich ebenso ein wichtiges Verbindungsglied ab. Ich verweise übrigens bezüglich der beim acuten Rheumatismus entstehenden Geisteskrankheit auf meine Bemerkungen am Anfange dieses Aufsatzes. Mag man nun den dort geäusserten Ansichten sich anschliessen, oder zu der von Griesinger aufgestellten Hypothese sich hinneigen, jedenfalls werden die nun folgenden Fälle von Geistesstörung bei Rheumatismus als Material für fernere Forschungen dienen können.

Einen Fall habe ich schon im ersten Jahrgange meiner Mittheilungen S. 41 beschrieben, es ist derselbe, welchen Griesinger in seiner Arbeit mit aufgeführt hat. Von den übrigen habe ich die fünf ersten Fälle selbst beobachtet, die anderen den Journalen des Krankenhauses aus früheren Jahrgängen entnommen.

XIV. Ein 39jähriger Werkmeister von kräftigem Körperbau, erkrankte am 21. April 1860 an acutem Rheumatismus in den Hand- und Schultergelenken, welcher nach kurzer Besserung sich verschlimmerte und nach und nach auch die übrigen grösseren Gelenke befiel. Am 26. ward er ins Krankenhaus aufgenommen. Der Kranke schwitzte stark, hatte einen Puls von 108 Schlägen, eine wenig belegte Zunge, regelmässigen Stuhlgang, etwas Bronchialcatarrh, keine abnormen Herzgeräusche. Der Zustand veränderte sich in den nächsten Tagen wenig, das Fieber verminderte sich etwas, die Gelenkaffection wechselte, sowohl hinsichtlich des Sitzes, als der Stärke; im Allgemeinen hatten alle Beschwerden am 1. Mai abgenommen, der Puls war fast von normaler Frequenz, die Zunge rein; das Herz war frei geblieben, die Gelenkaffection war noch in beiden Schultern vorhanden. In der Nacht vom 1. auf den 2. Mai delirirte der Kranke fortwährend und wollte das Bett verlassen; die Haut war heiss, nicht schwitzend, aber noch vom früheren Schweisse her mit Miliaria bedeckt;

die Zunge war bräunlich belegt; die Schultergelenke waren noch schmerzhaft. Der Kranke, welcher bisher nur eine Auflösung von Nitrum und zuweilen Abends eine geringe Dosis Opium oder Morphium genommen hatte, erhielt ein Laxans und wurde in feuchte, kalte Leintücher eine halbe Stunde lang eingeschlagen. Die Beschaffenheit der Haut verbesserte sich hiernach, wie dies gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, der Kranke ward ruhig, blieb auch die Nacht hindurch so, bis er am Morgen gegen 4 Uhr wieder anfing, zu deliriren und das Bett verlassen wollte. Das Delirium liess bald nach, der Kranke war aber betäubt, antwortete zwar richtig, aber zögernd und begriff etwas schwer; das Fieber war lebhafter, der Gelenkschmerz trat nur bei Bewegungen hervor, das Herz war nicht erkrankt; die folgende Nacht war der Kranke ruhig, hatte aber im Schlafe öfter vorübergehende Zuckungen in einzelnen Muskelparticen, machte auch mitunter Bewegungen mit Händen und Füssen. Der Puls war am 4. Mai von normaler Frequenz, der Stupor dauerte fort, doch war Bewusstsein vorhanden. Die Zunge war noch belegt, der Stuhlgang dünnflüssig. Die nasse Einwicklung wurde wiederholt. Nach einer ruhigen Nacht war der Kranke am 5. freier, klagte über Schmerzen in den Schultern und im rechten Bein und schwitzte stark. In den folgenden Tagen zeigte sich noch wieder ein etwas betäubter Zustand, selten traten vorübergehend Delirien ein; im Schlafe zuckte der Kranke meist mit Händen und Füssen, sprach auch oft im Schlafe. Der Schweiss blieb, der Puls war mässig beschleunigt, die Gelenkaffectionen waren in geringem Grade stets vorhanden. Nachdem einige Zeit hindurch eine Auflösung von Natrum nitricum gegeben war, erhielt der Kranke jetzt Jodkali. Von jetzt an (13. Mai) besserte sich der Zustand allmählig, aber stetig, das Sensorium wurde ganz frei, der Kranke lag im Schlafe ruhig, ohne Zucken und Sprechen, das Fieber hörte ganz auf, die Gelenke waren noch steif, schmerzten aber nur bei stärkerer Bewegung. Am 20. konnte er auf kurze Zeit das Bett verlassen. Es traten mitunter noch neue Gelenkaffectionen auf, doch ohne Fieber und ohne nervöse Symptome. Am 28. Juni wurde der Kranke entlassen. Der Urin war nie eiweisshaltig.

XV. Ein 33jähriger Knecht, der schon früher an Rheumatismus gelitten hatte, war am 15. April 1861 von Neuem an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt und wurde am 15. April ins Krankenhaus aufgenommen. Die Krankheit hatte mit Frost begonnen, der Schmerz war zuerst in der Lumbargegend aufgetreten, dann wurde das linke Handgelenk und das linke Hüftgelenk ergriffen. Bei der Aufnahme war auch Schmerz in der linken Schläfe und Conjunctivitis des linken Auges vorhanden. Der Puls war gross und voll, von 100 Schlägen, die Haut mässig heiss, die Zunge an der Spitze roth, sonst belegt, etwas trocken. Der Kranke war kräftig und gut genährt. In den hinteren unteren Lungenpartieen waren einige Rasselgeräusche, die Herztöne waren etwas leise, aber rein, der Stuhlgang war träge. (Nitrum und Inf. Digitalis). Am folgenden Tage war das Fieber noch stärker, der Kranke schwitzte stark, neue Gelenke waren nicht ergriffen. Der Kranke schlief ziemlich viel, der Urin sedimentirte stark. Am 24. war das Fieber etwas geringer; zu den schon vorhandenen Gelenkaffectionen hatte sich Schmerz in den Halswirbeln gesellt. Das

Fieber verminderte sich indessen mehr und mehr; am 2. Mai war der Kranke schmerzfrei, schwitzte aber mehr; in der Nacht sprang er plötzlich aus dem Bette und behauptete, einen schwarzen Mann bei sich zu sehen. Er war am anderen Morgen niedergeschlagen, still und schwitzte viel. Er erhielt 3stündlich ¼ Gran Opium. Er blieb in der folgenden Nacht ruhig und war am folgenden Tage gesprächiger, die Besserung schritt fort bis zum 15., wo das linke Handgelenk wieder geschwollen und schmerzhaft wurde; es trat aber kein Fieber auf. Der Kranke zeigte sich wieder niedergeschlagen und kleinmüthig, dabei entwickelte sich der Appetit allmählig mehr. Am 1. Juni traten Nackenschmerzen auf, es zeigte sich auch eine gelinde Fieberbewegung, die Niedergeschlagenheit und Muthlosigkeit trat sogleich mit der neuen Affection wieder auf. Er bekam narkotische Einreibungen und beim Nachlass des unbedeutenden Fiebers Tinct. Chinae composita. Es zeigten sich noch dann und wann Recidive, doch fing der Kranke nach und nach an, sich zu erholen. Er war noch lange schwach, zitterte bei Bewegungen, die Sprache war etwas stammelnd, die Gemüthsstimmung beständig niedergedrückt. Erst am 2. August hatte er sich soweit erholt, dass er entlassen werden konnte.

Ganz ähnlich war der Verlauf im folgenden Falle:

XVI. Ein 21jähriges Dienstmädchen litt bei ihrer am 2. August 1860 erfolgten Aufnahme seit 2 Tagen an herumziehenden Schmerzen in den Gelenken und an Fieber. Sie war gut genährt, die Hauttemperatur war erhöht, der Puls ziemlich gross, von 108 Schlägen, dabei starker Schweiss. Beide Fuss- und Handgelenke waren geschwollen und schmerzhaft. An den Lungen und dem Herzen war nichts Abnormes zu entdecken. (Auflösung von Nitrum mit etwas Tartarus stibiatus). Die Erscheinungen dauerten in mässigem Grade fort bis zum 8., wo das Fieber etwas geringer war und auch die Gelenkaffection abgenommen hatte; gleichwohl klagte die Kranke viel und hatte ein verdriessliches Wesen. Am 12. hörte man ein systolisches Geräusch am Herzen, die Kranke klagte hier über Stiche und ein belästigendes Gefühl. Sie erhielt einige Schröpfköpfe in die Herzgegend und ein Infusum Digitalis mit Nitrum; in der rechten Wade war eine schmerzhafte, etwas härtliche nicht umfangreiche Geschwulst zu fühlen, welche kataplasmirt wurde. Abends erhielt sie ½ Gran Opium. Die Kranke hatte trotz dessen wenig Nachtruhe, das Fieber war mässig, der Schweiss stark, die Schmerzen nahmen ab. Der Stuhlgang war stets etwas träge. In der Nacht vom 20. auf den 21. war die Kranke unruhig und schrie einmal laut auf; sie behauptete einen alten Mann am Bette ihrer Nebenkranken gesehen zu haben; der Puls machte am andern Morgen 100 Schläge, die Zunge war trocken; die Kranke war niedergeschlagen. Sie erhielt jetzt eine Auflösung von Salzsäure mit Campher. Die folgende Nacht war unruhig, doch weniger, als die vorhergehende, das Fieber hatte am nächsten Tage etwas abgenommen, die Haut war feucht; die Gelenkschmerzen, welche sich in der letzten Zeit mehr auf den rechten Arm fixirt hatten, liessen nach. Die Kranke blieb aber still und gleichgültig. Am 24. war kein Fieber und keine Gelenkaffection mehr vorhanden, der Puls setzte mitunter, aber selten aus, oder war unrythmisch. Trotz der Besserung der objectiven Symptome blieb die Kranke

sehr apathisch, verliess indessen nach und nach das Bett und erholte sich langsam beim Gebrauche von Eisenmitteln. Das eine Zeitlang vorhandene Herzgeräusch verschwand ganz. Am 4. October konnte die Kranke ganz geheilt entlassen werden.

XVII. Ein 18jähriger Tapezierlehrling hatte in seinem zwölften Lebensjahre einen heftigen Gelenkrheumatismus überstanden und hatte damals etwa ein halbes Jahr hindurch das Bett hüten müssen. Am Ende des Monat März 1860 erkrankte er von Neuem an Gelenkrheumatismus mit Fieber und war 4 Wochen bettlägerig. Er ging darauf wieder an die Arbeit, erkrankte aber am 24. April von Neuem und ward am 25. ins Krankenhaus aufgenommen. Er klagte über Schmerzen im Hinterkopfe und in den Oberarmen, die Gelenke waren ziemlich geschwollen; die Hauttemperatur war erhöht, der Puls machte 112 Schläge; die Zunge war weisslich belegt, die Stuhlausleerung breiig, regelmässig, der Appetit fehlte, die Nachtruhe war gering. Die Herzdämpfung erschien nicht vergrössert, über dem linken Ventrikel hörte man statt des ersten Tones ein blasendes Geräusch. Die Respiration war ruhig, der Urin enthielt kein Eiweiss. (Natrum nitricum). Am 26. bekam der Kranke Schmerz in der Herzgegend und Beklemmung; nach der Application von 12 trockenen Schröpfköpfen trat indess Erleichterung ein und die Nacht wurde ziemlich gut verbracht. Die Pulsfrequenz war am nächsten Tage etwas gesteigert, die Beklemmung dauerte in geringem Grade noch fort, die Gliederschmerzen waren geringer. In den nächsten beiden Tagen trat keine wesentliche Veränderung ein. In der Nacht vom 29. auf den 30. schlief der Kranke nicht und klagte am nächsten Morgen über vermehrte Engbrüstigkeit, auch stiess er oft zum Husten an. Die Herzdämpfung erschien etwas vergrössert, das systolische Geräusch war stark, an der Basis der linken Lungen waren die Zeichen eines geringen pleuritischen Exsudats nachweisbar. (Inf. Digitalis mit Nitrum; Abends $^1/_8$ Gran Morphium, Vesicans in die Herzgegend). Am 1. Mai war Erleichterung eingetreten, der Puls machte 112 Schläge. Am 2. war die Besserung fortschreitend, doch war der linke Arm afficirt, am nächsten Tage auch die Fussgelenke. Am 4. war der Husten stärker und auch rechts etwas pleuritisches Exsudat vorhanden, die Hauttemperatur war hoch, der Puls machte 100 Schläge. Am 6. war die Pulsfrequenz auf 108 Schläge gestiegen, der Kopf schmerzte stark, die Fingergelenke der linken Hand waren ergriffen, der Husten hatte zugenommen; links war das Exsudat geringer, rechts aber vermehrt, die Herzdämpfung war vergrössert, das systolische Geräusch verbreiteter. (Infus. Digitalis mit Tinct. Opii.) Am 7. etwas Abnahme der Pulsfrequenz, sonst keine Veränderung. Am 8. war der Kranke nach einer unruhigen Nacht sehr matt, und musste viel husten; das pleuritische Exsudat in der rechten Seite hatte noch zugenommen. Am 9. war der Puls auf 96 Schläge herabgegangen und etwas unregelmässig, der Kranke sah sehr angegriffen aus, sprach öfter im Schlaf, hatte indessen wenig gehustet und athmete ziemlich ruhig; er hatte 2mal Durchfall gehabt. (Digitalis ausgesetzt, dafür schwaches Ipecacuanha-Infusum mit Opium). In der nächsten Nacht viel Delirien, am Tage ziemlich viel Schlaf, Puls 96, Respiration ziemlich ruhig, doch hatte das rechtsseitige Exsudat noch zugenommen. In

den nächsten Tagen war der Zustand wesentlich derselbe, am 14. bemerkte man bei dem Kranken ein melancholisches Wesen; er sass oder lag mit starren, offenen Augen gleichgültig da, antwortete zwar richtig, aber mit ganz leiser Stimme, klagte auf Befragen über Druck in der Herzgegend, hatte starken Durst, durchaus keinen Appetit. Der Urin war sparsam und dunkel, wie immer bisher, ohne Eiweiss, der Puls machte 96 Schläge, die Erscheinungen auf der Brust waren unverändert. In den nächsten Tagen hob sich der Appetit mehr, das Fieber war abwechselnd stärker und schwächer, das pleuritische Exsudat blieb unverändert. Am 19. Abends ward der Kranke sehr unruhig und war nur schwer im Bette zu erhalten; er hatte eine hohe Hauttemperatur, starken Schweiss und einen Puls von 132 Schlägen. Er hatte fortwährend Hallucinationen und fürchtete, vergiftet zu sein; die Respiration war wenig beschleunigt. (Inf. Digitalis mit Nitrum). Am anderen Tage und in der folgenden Nacht ward der Kranke allmählig ruhiger, schlief auch etwas, sprach aber noch häufig verwirrt; er genoss wenig und hatte einigemal unwillkührliche Ausleerung. Die lebhaften Delirien kehrten nicht wieder, doch blieb der Kranke unfrei und sprach öfter verwirrt. — Er hatte jetzt viel Durchfall, aber keine unwillkührliche Ausleerung mehr. Vom 23. Mai an nahm der Appetit mit den Kräften etwas zu, der Schlaf war ruhig, das Bewusstsein wurde frei. Er blieb in diesem Zustande bis zum 3. Juni, wo wieder etwas Aufregung und Gedankenverwirrung eintrat, den 4. war er Morgens freier, Abends aber wieder sehr aufgeregt; in den nächsten Tagen wurde er wieder frei, delirirte am 8. noch wieder etwas und blieb dann geistig frei bis zum 29. Juni, wo er wieder aufgeregt, zugleich misstrauisch war und sich verhöhnt glaubte, seitdem kam keine geistige Störung mehr zum Vorschein. Das pleuritische Exsudat hatte in den letzten Tagen des Juni allmählig abgenommen. Anfangs Juli verliess er mitunter das Bett, war aber noch sehr matt, indess erholte er sich allmählig. An der Mitralis hörte man bei beiden Tönen ein sausendes Geräusch, der zweite Pulmonalton war accentuirt. Sonst waren keine Residuen der Krankheit mehr vorhanden, als er am 14. August entlassen wurde.

XVIII. Ein 18jähriges Dienstmädchen wurde am 30. März 1861 ins Krankenhaus aufgenommen. Sie war seit einigen Tagen von acutem Rheumatismus befallen, der am rechten Fusse angefangen hatte und hier mit Blutigeln behandelt war. Jetzt war das rechte Kniegelenk ergriffen und stark angeschwollen, die Schultergelenke waren etwas weniger schmerzhaft. Das Fieber war lebhaft, die Zunge belegt, etwas trocken, der Athem war etwas beschleunigt, doch liess sich an den Lungen nichts Krankhaftes wahrnehmen; am Herzen hörte man ein lautes, hauchendes, systolisches Geräusch. (Infus. Digitalis mit Nitrum). Am 1. April klagte die Kranke über Schmerz in der Herzgegend und wurde durch 4 Schröpfköpfe sehr erleichtert; das Fieber dauerte mit gleicher Stärke fort, die Gelenkaffection wanderte weiter. Am 4. klagte die Kranke von Neuem über Brustbeklemmung, es zeigte sich neben dem systolischen Geräusche noch Reibungsgeräusch; die Gelenkaffection war in den Schultern am stärksten, in den übrigen Gelenken geringer. (6 Schröpfköpfe, Abends 5 Gran Pulv. Doweri). Am 5. etwas Erleichterung, der Puls machte noch 96 Schläge, der Urin

wurde hell, klar und reichlich, während er bis dahin dunkler gewesen war und stark sedimentirt hatte. Am 6. war wieder mehr Beklemmung vorhanden, die Präcordialgegend war empfindlich, doch besserte sich dies wieder in den nächsten Tagen; die Herzgeräusche dauerten jedoch fort. die Gelenkaffection war geringe. Am 10. waren die Klagen der Kranken mehr auf ihr allgemeines Befinden, als auf einzelne Symptome gerichtet, sie behauptete, das Liegen nicht mehr ertragen zu können. Die Beklemmung dauerte noch in geringem Grade fort, die Gelenkaffection war verschwunden, der Puls war ruhig. Anscheinend hatte die Reconvalescenz angefangen, doch schien die Kranke sehr matt; allmählig erst zeigte sich, dass ein melancholischer Zustand vorhanden war, die Kranke wurde schweigsamer, antwortete mit leiser Stimme und oft erst auf wiederholtes Fragen, seufzte oft tief auf, machte zwecklose Bewegungen mit den Fingern. Dabei hatte sie kein Fieber und etwas Appetit. Sie hatte seit Aufhören des Fiebers Eisenmittel genommen. Am 19. Abends war die Kranke anfangs sehr still, ward dann unruhig, sprach viel und verwirrt, schrie endlich laut und ängstlich; sie beruhigte sich indessen nach einer nassen Einwicklung und nachdem sie ein Infusum Valerianae mit Liquor C. C. succin. genommen hatte. Am 20. war sie ruhig und schweigsam, aber entschieden melancholisch, obwohl sie auf Befragen sagte, dass sie sich wohl befände. Sie bewegte sich wenig und verhielt sich mehr gleichgültig. Sie bekam jetzt 3stündlich einen Gran Opium. Am nächsten Tage war wenig verändert, doch schien die Kranke etwas lebhafter, sie ass ziemlich gut, der Puls war ruhig. Die Dosis des Opium wurde auf einen halben Gran und am 24., wo sie theilnehmender schien, auf ein viertel Gran herabgesetzt. Indessen zeigte sich der melancholische Zustand immer fortdauernd, wenn auch zu Zeiten weniger hervortretend. Anfangs Mai wurde sie genöthigt, zeitweilig das Bett zu verlassen, sie sass gleichgültig da und rührte sich nicht, sie musste von der Wärterin gewaschen und gekleidet werden; das körperliche Befinden war ziemlich gut, nur das systolische Geräusch war noch vorhanden. Am 4. Mai wurde sie zur Irrenstation verlegt, blieb hier aber nur kurze Zeit, da sie bald in das Krankenhaus in Altona transportirt wurde. Späteren Nachrichten zufolge wurde sie hier nach einiger Zeit ganz hergestellt.

XIX. Ein 19jähriges Dienstmädchen, von gesundem Aussehen, regelmässig menstruirt, überstand zu Ende des Jahres 1849 einen acuten Gelenkrheumatismus. Im April 1851 wurde sie wieder von dieser Krankheit befallen und am 24. April, 14 Tage nach ihrer Erkrankung, ins Krankenhaus aufgenommen. Sie war erst 8 Tage bettlägerig, indem sie genöthigt gewesen war, in der ersten Woche ihrer Krankheit noch zu arbeiten. Die grösseren Gelenke waren fast alle ergriffen, aber nur in mässigem Grade, das Fieber war lebhaft, der Schweiss stark, der Puls machte 120 Schläge; über Beschwerden auf der Brust klagte sie nicht, doch hörte man an der Mitralklappe ein deutliches Geräusch. Nach einer Auflösung von Nitrum und Tartarus stibiatus trat anfangs Erbrechen und Durchfall ein. Am 26. hörte man am Herzen etwas Reibungsgeräusch; es wurden 16 Blutigel in die Herzgegend gesetzt und Digitalis gegeben. Hiernach trat wenig Veränderung ein, nur zeigten sich die Gelenke wieder mehr ergriffen.

Am 29. wurde ein Vesicans in die Herzgegend gelegt. Am selben Tage trat die Menstruation ein; die Kranke klagte wenig über Brustbeschwerden, der Puls wurde unregelmässig, der zweite Herzton erschien gespalten. Anfangs Mai liess das Fieber nach, die Gelenke wurden freier, das Herzgeräusch blieb unverändert. Am 13. Mai war das rechte Handgelenk wieder stärker ergriffen, am 14. trat einmal Erbrechen ein, wesshalb die bis dahin fortgesetzte Digitalis weggelassen wurde. Am 18. Mai klagte die Kranke über Kopfschmerz; schon in den letzten Tagen hatte der mit dem Nachlass des Fiebers und der Gelenkaffection eingetretene Appetit nachgelassen; die Gelenke waren jetzt ganz frei, das Geräusch am Herzen unverändert. Am Abend des 18. zeigte sich die Kranke plötzlich verwirrt, sah ihre Mutter vorbeifahren, glaubte, sie solle angeklagt werden und klagte sich selbst an; der Blick war starr, der Gesichtsausdruck verdriesslich, die Sprache war zögernd; sie gab dafür als Grund an, dass das Herzklopfen sie hindere, ihre Gedanken auszudrücken. Die Augen waren stellenweise injicirt, die Pupillen etwas träge, der Puls etwas doppelschlägig, von 60 Schlägen in der Minute. (12 Blutigel an den Kopf, innerlich Calomel und Digitalis 2stündlich zu einem Gran jedes). Am 19. dauerte die Verwirrung noch in gleicher Weise fort; am 20. war die Kranke etwas mehr bei sich, am 21. sprach sie nicht verwirrt, war aber noch schwerbesinnlich, still und niedergeschlagen. Dieser melancholische Zustand hielt in stärkerer oder schwächerer Weise an bis zum 30.; von dieser Zeit an wurde sie etwas lebhafter. Seit dem 24. Mai wurde sie täglich in ein nasses Betttuch eingeschlagen und beim Herausnehmen kalt abgerieben, die Besserung schritt rasch fort; das Herzgeräusch zeigte sich bei der Entlassung etwas vermindert, aber noch deutlich vorhanden. Am 17. Juni wurde die Kranke entlassen.

XX. Der 24jährige Werkmeister einer öffentlichen Anstalt war seit 3 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus erkrankt, als er am 24. März 1852 ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Bei der Aufnahme klagte er ausser den Gelenkschmerzen noch über Eingenommenheit des Kopfes, er fieberte lebhaft; in der Nacht bekam er Stiche in der Herzgegend, welche sich erst nach einer zweiten, am Morgen angewandten, örtlichen Blutentziehung besserten. Man hörte ein Reibungsgeräusch an der Herzbasis; statt der anfangs verordneten Auflösung von Nitrum mit Tartarus stibiatus erhielt der Kranke jetzt alle zwei Stunden einen Gran Calomel mit Digitalis. Am Abend des 25. traten von Neuem Stiche in der Herzgegend ein, wesshalb ein Aderlass von 16 Unzen gemacht wurde; am nächsten Morgen war ein stechender Schmerz unter dem linken Schulterblatt vorhanden, der Athem war ruhig, der Auswurf indessen etwas blutig; der Puls machte 112 Schläge, die Herztöne waren rein, das Reibungsgeräusch war verschwunden, der Stuhlgang war zurückgehalten. Am 26. trat Abends ein heftiger Colikanfall ein, ohne dass Stuhlgang erfolgte, sonst zeigte sich keine Veränderung, der Kranke hatte stets etwas Schmerz im linken Schulterblatt, der ihn an tiefem Einathmen hinderte, athmete aber ziemlich ruhig, das Fieber und der Schweiss blieben unverändert, die Gelenkaffection bestand fort und wechselte ihren Sitz. Am 29. Abends wiederholte sich der Colikanfall, die geringe Stuhlausleerung war mit Tenesmus

verbunden. Es zeigte sich Affection des Zahnfleisches; der Puls war auf 96 Schläge herabgegangen, am 30. machte er nur 64 Schläge, gleichwohl waren von Neuem stechende Brustschmerzen, diesmal auf der rechten Seite, eingetreten. Da eine am selben Tage wiederholte örtliche Blutentziehung keine Erleichterung verschafft hatte, so wurde ein Vesicator gelegt; statt des Calomels war eine Emulsion mit Nitrum gegeben. Der Kranke hustete wenig, hatte einen ruhigen Puls, der bisweilen unregelmässig war, die Herztöne waren rein, die Gelenkaffection dauerte fort, der Urin war heller. Am Abend des 31. März fing der Kranke an zu deliriren, ward nachher ganz schweigsam und wie betäubt, der Puls war nicht beschleunigt; er erhielt 10 Blutigel an den Kopf. Am 1. April war der Kranke freier, klagte nur über die Gelenke, der Puls machte 70 Schläge. Am 2. antwortete der Kranke zwar gehörig, war aber doch auffallend still; er hatte wenig Beschwerden und fing an, etwas Appetit zu zeigen. Die nächsten Tage schien der Zustand sich fortwährend zu bessern, doch klagte der Kranke noch öfter über Stiche in der Brust und über Beklemmung, so dass noch zweimal eine geringe örtliche Blutentziehung vorgenommen und wieder ein schwaches Infusum Digitalis gegeben wurde. Die Besserung schritt jedoch bald nicht recht fort, der Kranke war bleich, fühlte sich matt und häufig beklemmt, ein stechendes Gefühl in der Brust, welches bald stärker, bald schwächer war, bildete seine stete Klage, der Puls wurde etwas schnellend, Geräusche am Herzen waren nur an einem Tage bemerkt worden und dann wieder verschwunden. Am 20. traten bei etwas beschleunigtem Pulse vorübergehend Delirien ein, später trat der frühere Zustand wieder ein, in welchem der Kranke mehr kleinmüthig und klagend war. Am 27. war der Kranke ganz stumpf, antwortete nur einsilbig, blickte starr vor sich hin, wollte nicht essen; der Puls war beschleunigt, die Pupillen waren erweitert. Er erhielt 10 Blutigel an den Kopf und ein Infusum Digitalis mit Acidum muriaticum. Von jetzt an bildete sich der melancholische Zustand vollständig aus, der Kranke war öfter widersetzlich, riss das in den Nacken gelegte Vesicator ab, und weigerte das Einnehmen der Arznei; der Puls war beständig etwas beschleunigt. Bisweilen sprach der Kranke verwirrt, lächelte auch wohl vor sich hin; meist war er still, äusserte aber mitunter, dass man in seiner Umgebung über ihn rede. Der Zustand war abwechselnd besser und schlechter, doch besserte sich allmählig der Kräftezustand und die Ernährung; der geistige Zustand war ungleich, bald glaubte sich der Kranke verhöhnt und verfolgt, bald reichte er allen, ihm zum Theil ganz unbekannten Menschen, die ihm in den Weg kamen, als alten Bekannten die Hand, war häufig unlenksam, bisweilen half er wieder dem Wärter bei der Arbeit, dann aber in allzueifriger Weise. Er bekam Ende Mai täglich Bäder mit kalter Begiessung und längere Zeit hindurch eine starke Brechweinsteinauflösung. Am 21. Juni ward er von Variolois befallen und verweilte bis zum 16. Juli auf der Blatternstation. Als er von dort zurückkehrte, war er geistig frei und erinnerte sich seines melancholischen Zustandes nur unvollkommen. Er ward hierauf entlassen.

XXI. Ein Dienstmädchen von 36 Jahren litt seit 14 Tagen an acutem Gelenkrheumatismus, als sie am 14. Mai 1849 ins Krankenhaus aufgenom-

men wurde. Sie hatte im Verlaufe ihrer Krankheit mehrmals Herzklopfen und Beängstigungen gehabt, man hörte am Herzen ein rauhes, schwirrendes systolisches Geräusch; sie war bei der Aufnahme nicht fieberhaft, die Schultergelenke schmerzten, die Beine waren etwas ödematös, der Urin hell, etwas getrübt. Sie erhielt ein Infus. Digitalis mit Nitrum und einem Gran Tartarus stibiatus, sowie ein Vesicator auf die Brust. Das Befinden der Kranken war in den nächsten Tagen ziemlich gut, das Oedem der Beine verschwand; gegen Ende des Monats fing die Kranke an, zeitweilig das Bett zu verlassen; am 29. Mai war sie Abends auf einmal unbesinnlich, lag stumm und regungslos auf dem Rücken, kniff den Mund zusammen, wenn man ihr etwas einflössen wollte, hatte dabei einen beschleunigten, etwas schnellenden Puls, erweiterte Pupillen, injicirte Conjunctiva, ziemlich starke Hitze des Kopfes. Nach einer örtlichen Blutentziehung trat bis zum nächsten Abend keine Veränderung ein, dann fing die Kranke an, fortdauernde Pendelbewegungen mit dem Kopfe zu machen, theils von einer Seite zur anderen, theils von hinten nach vorn. Eine erneuerte Blutentziehung hatte ebenfalls keinen sichtbaren Einfluss. Am Morgen des 31. sprach sie zuerst wieder, aber gänzlich verwirrt, die Pupillen waren noch weit, der Blick stier, der Puls klein und frequent, der Stuhlgang angehalten. (Essigklystier, Nitrum mit Magnesia sulphurica). Der Zustand dauerte in dieser Weise auch am 1. Juni fort; die Kranke antwortete selten, schien meist bewusstlos; sie erhielt 12 Schröpfköpfe in den Nacken und zweistündlich zwei Gran Calomel. In der Nacht wurde sie so heftig, dass sie befestigt werden musste, am andern Morgen war sie ruhig, sprach nicht, schien aber die an sie gerichteten Fragen zu verstehen. Der Puls war ruhiger, die Pupillen waren etwas weniger erweitert, Oeffnung war mehrmals erfolgt. Am 3. zeigte sich starke Salivation und sedimentirender Harn, die Kranke schien gleichzeitig etwas besinnlicher und sprach etwas mehr, aber sehr leise. (Vesicans in den Nacken). Am 4. war etwas mehr Fieber vorhanden, die Kranke weinte über die spanische Fliege, sprach aber noch wenig. Die weinerliche Stimmung dauerte in den nächsten Tagen fort, die Kranke fing indessen an, mehr zu sprechen, zeigte mehr Bewusstsein, hatte etwas Appetit, der Puls ward ruhig: die Mundaffection dauerte fort, da der Gebrauch des Calomel in geringerer Dosis fortgesetzt wurde. Bis zum 13. Juni schien sich die Kranke immer mehr zu bessern, an diesem Tage war sie aber wieder verwirrt, weinte viel und glaubte, getödtet werden zu sollen. Von jetzt nahm die Verwirrung rasch zu, die Kranke war oft angst und unruhig, meist aber ganz regungslos, beschmutzte sich, sprach nur wenig und leise, ass aber ziemlich gut. Bäder mit kalten Begiessungen, innerlich Nitrum, hatten keinen Einfluss. Am 24. bekam sie einen Catalepsieähnlichen Anfall; sie lag regungslos, liess den aufgehobenen Arm längere Zeit in der Luft schweben, die gebildete Stirnfalte schwand langsam, die Respiration war schwach und langsam; beim Berühren der Augenlider zeigte sich indessen Reflexbewegung in diesen. Sie erhielt eine starke Auflösung von Tartarus stibiatus, verharrte aber in diesem Zustande bis zur Zeit des Abendessens, wo sie dann die Augen aufschlug und mit gehörigem Appetite ass; das Essen musste ihr aber in den Mund gebracht werden. Sie war sonst wieder ganz in dem früheren Zustande, abwechselnd

regungslos und tobsüchtig, dabei stumm. Anfangs Juli wurde sie auf die Irrenstation verlegt und zeigte hier ganz das Bild der tiefen Melancholie. Erst zu Ende August wurde sie ein wenig lebhafter und fing nach und nach an, für sich zu sorgen, sie war aber stets noch unfrei und litt an Gehörs-Hallucinationen, glaubte sich häufig geschimpft und verlangte häufig ihre Entlassung. Sie ward allmählig etwas mehr gebessert, war aber träge und unlustig; am 10. October wurde sie von ihren Verwandten aus der Anstalt genommen.

XXII. Die 42jährige Frau eines Arbeitsmannes musste im Anfange des Monats November 1850 bei einer Ueberschwemmung ihrer Wohnung die ganze Nacht im Wasser arbeiten. Am Morgen darauf bekam sie einen stechenden Schmerz in der linken Brusthälfte und Kurzathmigkeit; nach Schröpfköpfen bekam sie Erleichterung, am nächsten Tage aber kehrten die stechenden Schmerzen wieder und schwanden seitdem nicht mehr. Gleichzeitig entwickelten sich die Erscheinungen des acuten Gelenkrheumatismus. Sie bekam wiederholte örtliche Blutentziehungen in der Herzgegend, innerlich Calomel, ausserdem Einreibungen von grauer Salbe. Am 27. November wurde sie ins Krankenhaus aufgenommen. Sie war eine ausserordentlich corpulente Frau von kleiner Statur, war früher gesund gewesen und hatte 10 Kinder geboren. Bei der Aufnahme salivirte sie mässig, die Gelenkaffection war zwar noch vorhanden, trat aber gegen die Brustbeschwerden in den Hintergrund. Sie konnte nur in aufrechter Stellung im Bette aushalten und hatte einen quälenden Husten; der Puls war kräftig, härtlich, von 92 Schlägen. Die Untersuchung des Herzens war durch die Corpulenz der Kranken unmöglich, die linke Thoraxhälfte liess bei der Untersuchung ein verbreitetes Reibungsgeräusch wahrnehmen. Der Urin war röthlich, sparsam, sedimentirend. Ein Vesicans und ein Infusum Digitalis mit Kali aceticum bewirkten weder Erleichterung der Brusterscheinungen, noch vermehrte Diurese, wesshalb am 29. ein Aderlass von 16 Unzen gemacht wurde. Die Kranke wurde durch diesen bedeutend erleichtert, schlief besser, athmete ruhiger und hatte auch Erleichterung der Gelenkschmerzen, der Puls machte 96 Schläge. Die Erleichterung hielt in den nächsten Tagen an; der Puls ward auch ruhiger, die Gelenke wurden freier, die Kranke befand sich indessen nicht wohl, weil sie an Uebelkeit, später auch an Erbrechen und etwas an Durchfall litt, wohl eine Folge des Zusatzes von Tartarus stibiatus zu der Arznei. Am 9. December fieberte die Kranke wieder mehr und klagte mehr über schlechtes Befinden. (Tartarus stibiatus und Digitalis waren weggelassen und Salmiak mit Kali aceticum gegeben). Am 10. fing sie an, verwirrt zu reden und war etwas aufgeregt; sie klagte über Gelenkschmerzen, hatte eine belegte, an den Rändern und der Spitze geröthete Zunge, träge Oeffnung und mässiges Fieber. (Infusum Sennae compositum). Die Gelenkschmerzen verschwanden in den folgenden Tagen wieder, das Bewusstsein blieb jedoch fortdauernd unfrei, das Fieber dauerte fort. (Aqua oxymuriatica). Die Brustbeschwerden waren fast verschwunden. Am 16. gesellten sich unwillkührliche Ausleerungen hinzu, am 18. war die Kranke besinnlicher, hatte aber einen frequenten Puls und vollständigen Appetitmangel; am 22. stellte sich unter Abnahme der Pulsfrequenz etwas

Appetit ein. Schon am folgenden Tage jedoch war die Kranke wieder verwirrter und der Puls wieder mehr beschleunigt, die nächste Nacht waren Delirien eingetreten, auch zeigte sich wieder Husten. Der Athem wurde wieder schneller und kürzer, man hörte auf der Brust pfeifende Geräusche, am Herzen ein Blasebalggeräusch. Sie erhielt ein Vesicans auf die Brust, innerlich Calomel und Digitalis. Am 27. war sie gänzlich verwirrt, verweigerte das Einnehmen und Essen, weil Alles vergiftet sei; die Zunge war stark weiss belegt. (Digitalis, Nitrum und Campher). In den nächsten Tagen steigerte sich die Verwirrung bis zur Tobsucht, die Kranke hatte Hallucinationen, glaubte getödtet werden zu sollen und sah überall Messer und Gift; der Puls war dabei ruhiger, bald regelmässig, bald unregelmässig, etwas schwirrend. Die Ernährung hatte bedeutend abgenommen, die Gesichtsfarbe war blass geworden. Am 6. Januar wurde sie zur Irrenstation verlegt; sie hatte zuletzt Salzsäure mit Campher genommen. Der Zustand der Kranken blieb nun längere Zeit mit einigen Abwechslungen sich gleich; sie war unruhig und ängstlich, bisweilen tobsüchtig, meist widersetzlich, hatte Hallucinationen, genoss sehr wenig, hustete häufig stärker, mitunter wieder weniger, der Puls war meist unregelmässig, ziemlich ruhig, doch vorübergehend beschleunigter; mitunter klagte sie über Schmerz und Eingenommenheit des Kopfes, die Pupillen waren etwas erweitert. Gegen die Mitte des Monats Februar ward die Kranke ruhiger, lenksamer, delirirte wenig, war meist still und genoss wenig; in dieser Zeit zeigte sich auch wieder Schmerz und Anschwellung des linken Handgelenks. Die ruhige Periode dauerte jedoch nicht lange, die Gelenke wurden wieder schmerzhafter, es stellte sich von Neuem Fieber ein und die Delirien, die Hallucinationen, so wie der Verfolgungswahn traten wieder auf. Die Kräfte sanken dabei immer mehr, der geringe Appetit war wieder ganz verschwunden, es zeigte sich mitunter Durchfall. Anfangs März delirirte sie allmählig stiller vor sich hin, collabirte immer mehr, die Sprache ward undeutlicher, die Ausleerungen waren meist unwillkührlich. Am 8. März zeigte sich Dyspnoe, wenn die Kranke schluckte, das Schlucken wurde immer mühsamer, endlich trat am 10. März der Tod ein.

Bei der Section war der Körper, obwohl im Gegensatze gegen die frühere Corpulenz sehr abgemagert, doch noch ziemlich fettreich. Die Schädelhöhle war klein, die Schädelknochen waren von normaler Dicke, die Arachnoidea war nur stellenweise getrübt, mit der dura Mater an einzelnen Stellen durch Fäden verbunden, unter derselben war nur geringes Exsudat; die pia Mater war nicht injicirt, das Gehirn blutleer, in den Ventrikeln wenig Serum. Die linke Lunge war im Bereiche des unteren Lappens angewachsen, die Pleura diaphragmatica mit altem, organisirten Exsudat bedeckt. Der obere Lappen der linken Lunge war ödematös, der untere hepatisirt, pneumonisch verdichtet. Die rechte Lunge war im ganzen Umfange verwachsen, der mittlere Lappen entzündet, verdichtet, missfarbig, die anderen Lappen ödematös. Das Herz war an seiner hinteren Fläche mit dem Herzbeutel verklebt, die Verbindung noch leicht zu trennen, vermittelt durch organisirendes, hämorrhagisches Exsudat, das noch viel seines Farbstoffes bewahrt hatte und in seiner grösseren Menge dem Herzen adhärirte. Das Herz war nicht gross, an der Valvula mitralis, wie an den Semilunarklappen der Aorta frische,

hahnenkammförmige Excrescenzen. Die Leber bleich, blutleer, die Milz, der Darmcanal, die Nieren und Genitalien gesund.

XXIII. Ein 17jähriger Arbeiter, beim Sielbau beschäftigt, musste am 27. Juni 1850 wegen Kopfschmerzen die Arbeit einstellen und bekam bald darauf reissende Schmerzen erst in den Ellenbogen- und Handgelenken, später auch in den Fuss- und Kniegelenken, dabei Fieber und Schweiss. Am 29. Juni ward er ins Krankenhaus aufgenommen. Bei seiner Aufnahme hatten die Gelenksehmerzen nach Einwicklungen mit Werg etwas abgenommen, das Fieber und der Schweiss waren mässig, der Appetit war nicht ganz geschwunden, der Stuhlgang regelmässig; der Harn setzte ein rosiges Sediment ab. (Nitrum mit Tartarus stibiatus). Das Fieber steigerte sich in den nächsten Tagen etwas, in der Nacht vom 1. auf den 2. Juli delirirte der Kranke; er erhielt am 2. 12 Schröpfköpfe auf die Brust, doch findet sich im Journal keine Notiz über eine hierauf bezügliche Beschwerde. Das Fieber liess wieder nach, es traten keine Delirien mehr ein, die Gelenkaffection wechselte hinsichtlich ihrer Stärke und ihres Sitzes; sie war am 9. ziemlich stark und verbreitet. Am 10. liess das Fieber nach und am 12. war der Kranke frei von Fieber und von Gelenkaffectionen. Am 18. waren die Ellenbogengelenke wieder ergriffen, aber ohne Fieber. Seit einigen Tagen war das Wesen des Kranken eigenthümlich aufgeregt gewesen, er erschien störrisch, ängstlich, unruhig; am 19. verliess er gegen das Verbot das Bett, weinte, weil er glaubte, man wolle ihn schlagen. Er erzählte, er habe am vorhergehenden Tage einen Todten gesehen, welcher Kirschen gegessen habe und brachte mehr verwirrte Dinge vor. Der Puls war beschleunigt, die Haut des Körpers war warm, an den Füssen jedoch kühl; die Herzbewegung war lebhaft. Er erhielt 10 Blutigel an den Kopf. Der Kranke ward bald sehr unruhig, sprang plötzlich aus dem Fenster und entlief im Hemde. Wieder eingebracht tobte er unaufhörlich und sehrie laut. Am 20. war der Puls etwas ruhiger, der Kranke klagte auf Befragen über nichts. Am Herzen wurde nichts Krankhaftes wahrgenommen. Er wurde zur Irrenstation verlegt. Hier zeigte er sich am 21. unruhig, laut, verschmähte alles Essen, bewegte sich automatisch, wie bei Chorea, grimassirte beständig, schnappte um sich, weinte oft plötzlich laut auf wie verzweifelnd, stellte aber auf Befragen jeden Schmerz in Abrede; der Puls war ruhig. (Digitalis mit Nitrum und Tartarus stibiatus). Die Unruhe hielt am 22. an, er schrie gellend und pfiff durchdringend, hatte dabei dieselben krampfhaften Bewegungen, widersetzte sich bei jeder Gelegenheit, sprach abgebroehen, bald laut, bald leise. Er schwitzte stark, hatte einen beschleunigten Puls, eine weisslich belegte Zunge und trägen Stuhlgang. Er ass nichts, trank aber stark. Der Zustand blieb sich am 24. noch gleich, am 25. war er noch ebenso unruhig, aber körperlich schwächer, dabei von bleichem Ansehen. Am Nachmittage um 2 Uhr trat ein allgemeiner Krampfanfall ein, dem schon eine Stunde später der Tod folgte.

Bei der Section erschien der Körper etwas abgemagert. Die Schädelknochen waren dünn und blutreich, die Gefässe der Hirnhäute waren stark gefüllt, die Arachnoidea war nicht getrübt; auf der Oberfläche des Gehirns war wenig Serum, die Gehirnsubstanz war blutreich, die Ventrikel

waren nicht ausgedehnt und enthielten wenig Serum. Beide Lungen waren gesund, die linke frei, die rechte angewachsen. Im Herzbeutel befand sich wenig dickflüssiges, mit weissgelblichen Flocken gemischtes Exsudat, an der Basis des Herzens war der seröse Ueberzug injicirt und stellenweise mit einer Exsudatschicht belegt; an der Mitralklappe waren die Zipfel verdickt und auf denselben befand sich frisches Exsudat. an den Aortaklappen waren die Knötchen verdickt und mit kleinen Vegetationen besetzt. Die Organe der Bauchhöhle boten nichts Krankhaftes dar.

Schliesslich noch ein Fall, in welchem in Folge des acuten Rheumatismus Chorea und in der scheinbar vollkommenen Reconvalescenz der Tod unter plötzlichem Eintritt nervöser Zufälle erfolgte.

XXIV. Die 11jährige Tochter eines Arbeitsmannes, von bleichem Aussehen und schwächlichem Körperbau wurde am 29. Mai 1855 ohne nähere Angaben ins Krankenhaus gebracht, Sie erzählte, dass sie öfter an geschwollenen Halsdrüsen vor einem Jahre an Kopfausschlag und häufig an Husten gelitten habe, aus der Erzählung ihrer letzten Erkrankung schien hervorzugehen, dass sie seit einiger Zeit an acutem Gelenkrheumatismus leide und jetzt schon in der Besserung befindlich sei. Sie hatte einen Puls von 96 Schlägen, der erste Herzton ward nicht ganz rein gehört; Gelenkaffectionen scheinen bei der Aufnahme nicht vorhanden gewesen zu sein. (Verordnung: ein schwaches Infusum Digitalis mit Salmiak). Am 2. Juni war das eine Kniegelenk geschwollen und schmerzhaft, war aber schon am folgenden Tage nach Anwendung von 2 Blutigeln und von Kataplasmen wieder gebessert, der Puls hatte sich auf 86 Schläge vermindert. Das Befinden der Kranken war in den nächsten Tagen ziemlich gut; es war der Gebrauch des Leberthrans seit mehreren Tagen begonnen, als am 19. sich Angina und Fieber mit grosser Frequenz und einiger Spannung des Pulses, sowie mit hoher Hauttemperatur einstellte; an den Extremitäten war die Haut etwas geröthet, so dass bei der gleichzeitigen Röthe der Zunge der Verdacht auf Scharlach entstand, ohne dass sich das Exanthem weiter entwickelt hätte; dagegen war am 21. das linke am 22. das rechte Handgelenk, die linke Schulter und der linke Fuss schmerzhaft, bei fortdauerndem lebhaften Fieber hatte sich starker Schweiss eingestellt. Am 23. war das Fieber geringer, die Gelenke weniger geschwollen, mit Ausnahme des rechten Handgelenks; das Kind fing an, Choreaartige Bewegungen zu machen und lag sehr unruhig; die Brust war frei. Unter fortdauernder Chorea nahm das Fieber allmählig ab, die Gelenkaffection war mässig, vom 28. an schien die Reconvalescenz einzutreten, die Muskelunruhe schwand von Tage zu Tage, der Appetit kehrte zurück, alle Functionen schienen geregelt, nur blieb eine beunruhigende Frequenz des Pulses. Am 3. Juli Morgens bezogen sich die Klagen des Kindes nur auf geringe rheumatische Beschwerden in den Brustmuskeln, sonst war das Kind heiter; die Chorea, welche früher sehr auffallend gewesen, war nur noch bei aufmerksamer Beobachtung bemerkbar, oder bei einer willkührlichen Bewegung, indessen auch diese konnte bei ernstem Willen mitunter gehörig verrichtet werden. Gegen Mitternacht wurde

das Kind von heftiger Unruhe befallen; der sogleich herbeigerufene Arzt fand sie schon im Todeskampfe.

Bei der Section zeigte sich die Leiche in hohem Grade abgemagert. Das Gehirn erschien verhältnissmässig gross, das Rückenmark war von ziemlich derber Consistenz; sonst war weder an diesen Organen selbst, noch an den umkleidenden Häuten etwas Abnormes. In beiden Pleurasäcken war eine ziemlich bedeutende seröse Durchschwitzung von gelblicher Farbe, aber ganz klarer Beschaffenheit (die Section war 34 Stunden nach dem Tode gemacht), beide Lungen waren durchweg serös infiltrirt. Der Herzbeutel war von einer grossen Menge klarer Flüssigkeit ausgedehnt, die Blätter des Herzbeutels nicht verändert; das Herz hatte eine kräftige Muscularatur und enthielt wenige Faserstoffgerinnsel von fester Beschaffenheit, an der Bicuspidalklappe waren einige endocarditische Ablagerungen. Die Leber war sehr gross, fettig, die Milz mürbe, Magen und Darmcanal normal, die Nieren waren stark injicirt, die Harnblase normal, der Uterus noch ganz kindlich, dagegen die Ovarien verhältnissmässig gross und blutreich. In der Bauchhöhle war auch ein klares seröses Transsudat.

Die Beobachtung lehrt uns also, dass die nervösen Zufälle beim acuten Gelenkrheumatismus zu jeder Zeit seines Verlaufes auftreten können, dass diese Zufälle mitunter plötzlich sehr heftig und gefährlich auftreten, in anderen Fällen sich mehr allmählig in fortwährender Steigerung zu ihrer höchsten Höhe entwickeln, dass sie bisweilen nur vorübergehend und dann bald mehr oder minder heftig auftreten, dass sie bisweilen anhaltender sind und dann chronisch werden können, namentlich in der Form der Geisteskrankheit, dass sie endlich in der letzteren Form heilen, ungeheilt fortbestehen oder auch noch tödtlich enden können. Es entsteht hierbei natürlich die Frage, ob auf diesen so verschiedenen Verlauf die Art der Behandlung Einfluss habe und welches Verfahren am Meisten gegen derartige Zufälle schütze, oder sie zu beseitigen geeignet sei? Es liegt nahe, bei einer so schmerzhaften und insidiösen Krankheit, wie der acute Gelenkrheumatismus, dessen Wirkungen sich häufig in verderblicher Weise für die ganze übrige Lebenszeit des Kranken geltend machen, zunächst an die möglichst schnelle Unterdrückung und Beseitigung der Krankheit zu denken. Von jeher hat man in dieser Hinsicht Versuche und Beobachtungen gemacht und es giebt eine nicht geringe Anzahl von Behandlungsmethoden, von welchen früher und noch jetzt gerühmt ist, dass sie im Stande wären, den Verlauf der Krankheit wesentlich abzukürzen. Keine hat sich indessen als solche bewährt, weder die wiederholten allgemeinen Blutentziehungen, welche schon 1678 empfohlen und von Bouillaud noch jetzt gepriesen werden, noch die grossen

Chiningaben, oder das Opium, das Nitrum, der Brechweinstein, die Quecksilbermittel, ebensowenig Kälte und Wärme in Form von Bädern und Formenten. Die nähere Würdigung dieser Methoden kann hier füglich unterbleiben, da ihre Unzulänglichkeit in methodischer Anwendung im Allgemeinen anerkannt genug ist, wenn auch der Einzelne von seiner Methode die besten Erfolge sieht. Von jeher hat es andererseits Aerzte gegeben, welche ein bloss abwartendes Verfahren, eine Vermeidung jedes Extrems im diätetischen Verhalten und die Abhaltung neuer Schädlichkeiten als die beste Behandlungsweise anempfahlen. Zu letzterer Ansicht muss man sich um so mehr neigen, je eingreifender die Wirkung derjenigen Mittel ist, welche man zur schnellen Beseitigung der Krankheit anempfiehlt; denn der Kranke bietet im Falle des Nichtgelingens nicht mehr dieselben günstigen Bedingungen für den weiteren Verlauf der Krankheit dar, als es ohne jene Mittel der Fall gewesen wäre. Es kann jedoch ebenso wenig aus einer solchen Anschauung eine Verwerfung der einzelnen empfohlenen Mittel gefolgert werden, im Gegentheil kann ein jedes derselben in einzelnen Fällen und unter besonderen Umständen von Nutzen sein, es soll sich die obige Bemerkung nur auf die methodische Anwendung zum ausdrücklichen Zwecke der Unterdrückung der Krankheit beziehen. Hiernach würden also für den acuten Rheumatismus die Regeln der allgemeinen Therapie in eben der Weise, wie für andere acute Krankheiten in Anwendung kommen müssen, aber unter steter Berücksichtigung der unbestimmten Dauer der Krankheit und unter genauer Beachtung der Complicationen. Unter den letzteren sind die entzündlichen mehr in diagnostischer und prognostischer, als in therapeutischer Beziehung von Wichtigkeit, die nervösen Complicationen erfordern dagegen auch in letztererer Beziehung eine besondere Beachtung. Es muss denselben sowohl vorgebeugt, als auch bei ihrem Auftreten zweckmässig entgegengetreten werden. Man muss stets im Auge behalten, dass der von acutem Gelenkrheumatismus befallene Kranke eine langwierige, schmerzhafte und angreifende Krankheit durchzumachen haben wird, bei welcher er seiner grossen Hülfslosigkeit wegen einer sorgfältigeren Pflege bedarf, als bei vielen anderen acuten Krankheiten, dass ferner der starke Schweiss eine öftere, aber vorsichtige Erneuerung der Zimmerluft und Wäsche erfordert, dass die schmerzhaften Gelenkaffectionen dem Kranken jede Bewegung zur Qual machen und daher die Hand-

habung des Kranken zwar mit Kraft und Gewandtheit ausgeführt werden, aber auch schonend sein muss. Nicht minder wichtig erscheint es mir, den Kranken von vornherein auf die Geduldsprobe vorzubereiten, welcher er unterworfen werden wird; denn nichts erschöpft leichter die Widerstandsfähigkeit des Nervensystems, als ein unausgesetzter körperlicher und geistiger Kampf gegen unbesiegbare Widerstände. Ich habe stets solche Kranke mit acutem Gelenkrheumatismus, welche nicht aufhörten zu klagen und zu jammern, denen die Hitze, der Schweiss, die Unbeweglichkeit unerträglich waren, mit grosser Sorge betrachtet, da mir bei solchen Individuen einigemal jene plötzlich auftretenden Zufälle vorgekommen waren. Es ergiebt sich von selbst, dass man den schmerzhaften und belästigenden Erscheinungen der Krankheit nach besten Kräften abhelfen muss und hier kann ein aufmerksamer Arzt durch hinreichende Berücksichtigung der Lagerung des Kranken und der ergriffenen Gelenke, durch Beachtung vieler scheinbar unbedeutender Momente sehr viel leisten. Es kann mir nicht einfallen, die allgemein geltenden Regeln der Behandlung acuter, fieberhafter Krankheiten hier nochmals wiederholen zu wollen, doch scheint es mir, in Rücksicht auf die nervösen Zufälle nothwendig, darauf hinzuweisen, dass die Krankheit atypisch verläuft und häufig, kaum gemildert, wieder von Neuem in der früheren Heftigkeit auftritt, und dass daher die Kräfte des Kranken durch die Therapie nicht zu sehr in Anspruch genommen werden dürfen. Dies gilt auch vorzüglich von der Ernährung. Die symptomatische Behandlung verdient vor Allem eine grosse Aufmerksamkeit bei dieser Krankheit, und es sind hier weniger die materiellen Veränderungen, welche die einzelnen Symptome herbeizuführen drohen, als die Wirkung derselben auf das Nervensystem zu berücksichtigen. Dies gilt vor Allem von den Herzaffectionen. An sich erheischen sie, wie auch jetzt fast allgemein anerkannt ist, keine besondere Veränderung in der Behandlung, dagegen muss man in den Fällen, wo sie lebhafte subjective Erscheinungen hervorrufen, ihnen eine besondere Berücksichtigung zu Theil werden lassen. Die subjectiven Symptome der Herzaffection gehen den nachweisbaren Veränderungen öfter voran, mitunter fehlen letztere ganz, wenngleich der Kranke über Schmerz und Druck in der Herzgegend und Beängstigung klagt. Kleine örtliche Blutentziehungen, trockne Schröpfköpfe, Senfpflaster, Vesicatore, welche man nicht in Eiterung erhält, kalte

oder auch unter Umständen warme Umschläge, leisten häufig hier sehr gute Dienste und können namentlich ohne Nachtheil öfter wiederholt werden. Zu den wesentlichsten Hülfsmitteln gehört aber das Opium und seine Präparate. Eine methodische Anwendung dieses Mittels gegen den acuten Gelenkrheumatismus im Allgemeinen halte ich für ebenso unzweckmässig, als die in ähnlicher Weise gemachte Anwendung von Aderlässen, grossen Gaben Chinin, Nitrum oder Tartarus stibiatus. Dasselbe gilt von der Behandlung mit kaltem Wasser. Als allgemeine Behandlungsmethode leistet letztere ebensowenig, als die übrigen Behandlungsmethoden. Dagegen nützt sie in einzelnen Fällen und bei theilweiser Anwendung entschieden sehr viel. Ich habe von der nassen Einwicklung bei brennend heisser, trockener Haut, bei gleichzeitiger Benommenheit, bei Delirien, namentlich aber bei den, hysterischen Anfällen ähnlichen, Paroxysmen junger Mädchen im acuten Gelenkrheumatismus sehr günstige Wirkung gesehen. Ebenso empfehlen sich Umschläge von kalten, nassen, aber ausgerungenen Tüchern auf die Herzgegend und um die Gelenke in einzelnen Fällen. Dagegen scheinen stärkere Blutentziehungen, namentlich allgemeine, Purganzen und Quecksilbermittel durchaus nicht vortheilhaft zu wirken, wenn sich bedrohliche nervöse Symptome zeigen, selbst wenn auch gleichzeitig Zeichen einer entzündlichen Complication vorhanden sind. Bei den Erscheinungen der mehr chronischen oder wenigstens fieberlosen Geistesstörung scheint mir der Zustand der Ernährung besondere Berücksichtigung zu verdienen. Der fast beständig vorhandene Verfolgungswahn, die Aeusserungen der Angst deuten auf die Entstehung dieser Erscheinungen durch Beklemmungsgefühle hin und mögen wohl häufig mit den Herzaffectionen zusammenhängen. Gegen letztere vermag man bekanntlich wenig, und noch weniger, wenn der Kräftezustand des Kranken jede herabstimmende Behandlung verbietet. Die Heilungen der durch acuten Rheumatismus entstandenen Geisteskrankheiten scheinen indessen häufiger zu erfolgen, als der ungünstige Ausgang. Gegen die plötzlich mit grosser Heftigkeit auftretenden bedenklichen Erscheinungen, welche schnell Collapsus herbeiführen, scheint die Therapie bis jetzt ohnmächtig zu sein; desto wichtiger erscheint es, auf alle noch so geringfügig scheinende Anomalieen im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus zu achten, um wo möglich jenen stürmischen Erscheinungen vorzubeugen.

Einige Fälle von Aorta-Aneurysmen mit Compression der Luftwege.

Die genaue Feststellung der Indicationen für die Tracheotomie bei den qualvollen Erstickungszufällen, welche so häufig die Aneurysmen des Aortenbogens begleiten, ist ein dringendes Bedürfniss, welchem gleichwohl bisher noch nicht Genüge geleistet ist. Durch diese Operation kann ebensowohl eine bedeutende Erleichterung geschafft, als auch das Leiden der Kranken in erheblicher Weise gesteigert werden; es ist selbst die Möglichkeit vorhanden, dass der Tod während derselben und zunächst durch dieselbe erfolgt. Die Tracheotomie wird in den Fällen von Aorten-Aneurysmen meist schwieriger zu verrichten sein, als sonst. Die für dieselbe nothwendige horizontale Lage des Kranken, mit zurückgebeugtem Kopfe, kann leicht einen Erstickungsanfall veranlassen, welcher bei der Unruhe des Kranken zur momentanen Unterbrechung der Operation, oft gerade in einem wichtigen Augenblicke, nöthigt; beim Eintritt einer völligen Asphyxie in Folge eines solchen Anfalls kann die schleunige Vollendung der Operation aber natürlich nur da ein Rettungsmittel sein, wo das Hinderniss für die Respiration in der Glottis, oder in deren unmittelbaren Nähe gelegen ist. Da man auch nach glücklich vollendeter Operation über die Erfolglosigkeit derselben nicht sogleich aufgeklärt werden kann, so läuft man Gefahr, bei unrichtig gestellter Indication, den schon ohnedies in grösster Angst und Noth sich befindenden Kranken nutzlos der Sprache beraubt und so noch viel unglücklicher gemacht zu haben. Es ist auf der anderen Seite schwer, der Athemnoth des Kranken gegenüber unthätig zu bleiben, wenn man durch die Tracheotomie noch vielleicht eine, wenn auch vorübergehende, Erleichterung schaffen könnte. So befindet sich der Arzt in einem solchen Falle in einer sehr schwierigen Lage, zumal die Werke, welche er zu Rathe zieht, ihn entweder ganz im Stiche lassen, oder seine

Verlegenheit noch vermehren. Manche Autoren scheinen bei dem nothwendigen tödtlichen Ausgange des Aorten-Aneurysma es nicht für nöthig zu halten, die Frage zu erörtern, in wie weit die dem Kranken verstattete Lebensfrist durch die Tracheotomie noch um Einiges zu verlängern sei; Andere erwähnen derselben nur, um sie zu verwerfen, aber ohne den Tadel weiter zu begründen. In einzelnen Fällen wurde sie dagegen vorgenommen und, wie z. B. von Gairdner (vergl. Schmidt's Jahrb. 1852, p. 309) warm empfohlen. Dieser Beobachter weist dabei auf die Betheiligung des Nervus recurrens bei den Erstickungszufällen dieser Art hin. Die Lähmung dieses Nerven durch den Druck einer aneurysmatischen Geschwulst spielt fast bei allen neueren Schriftstellern über diesen Gegenstand eine grosse Rolle, auch bei denen, welche über die Tracheotomie schweigen, oder sie ohne weitere Gründe verwerfen. Bei diesen ist es um so unbegreiflicher, als, wie uns die Veterinärchirurgie lehrt, die Tracheotomie bei Recurrenslähmung eine sehr hülfreiche Operation ist. Pferde, bei denen man dieses Uebels wegen eine Trachealfistel anlegt, werden durch dieselbe in den Stand gesetzt, schnell zu laufen und angestrengt zu arbeiten. (Hertwig, Chirurgie für Thierärzte. Berlin, 1850. p. 368.) Da Fälle von längerer Lebensdauer bei Aorten-Aneurysmen keineswegs selten sind, so wäre es gewiss möglich, durch die Tracheotomie eine andauernde Hülfe zu schaffen, sofern die Athemnoth durch eine Lähmung des einen Nervus recurrens bedingt wird. Es ist also von der grössten Wichtigkeit bei Aorten-Aneurysmen, wenn sich Erstickungszufälle einstellen, darüber Sicherheit zu erlangen, ob das Hinderniss für die Respiration an der Glottis oder unterhalb derselben zu suchen sei.

Im gegenwärtigen Zeitpuncte bietet die Laryngoscopie für diesen Zweck ein sicheres Auskunftsmittel. Wäre die Laryngoscopie überall und durch Jeden leicht ausführbar, so wäre die Frage über die Nothwendigkeit oder Unzulässigkeit der Tracheotomie bei Aorten-Aneurysmen leicht zu lösen; leider stellen sich derselben mitunter sehr erhebliche Hindernisse in den Weg, welche theils durch den Mangel an Geschicklichkeit und Uebung des untersuchenden Arztes, theils aber durch den Zustand des Kranken bedingt sind. Abgesehen von dem so häufigen gleichzeitig vorhandenen Catarrhe mit Hyperämie der Schlundorgane, durch welche die Reizbarkeit dieser Theile erhöht wird, fällt es dem beängstigten und erregten Kranken schwer, mit der nöthigen Geduld und Gelassenheit die

Thätigkeit seiner Hals-, Zungen- und Kehlkopfsmuskeln nach der Vorschrift des Arztes zu regeln und mit einander in Einklang zu bringen, gleichzeitig dabei aber ruhig und ungestört fortzuathmen. Die gezwungene Haltung des Kopfes ist dem dyspnoischen Kranken höchst beschwerlich, es entsteht leicht Würgen und Glottiskrampf und dadurch nicht nur eine stete Unterbrechung der Untersuchung, sondern auch mitunter ein gefahrdrohender Erstickungsanfall. Nur ein solcher Arzt, welcher sicher ist, bei einem nochmaligen Versuche vollständig zu seinem Ziele zu gelangen, wird, wenn er einen solchen Erstickungszufall, welcher das Leben ernstlich bedrohte, durch seine Untersuchung hervorgerufen hat, es wagen, den Kranken zu einem neuen Versuche aufzufordern. Die laryngoscopische Untersuchung ist jedoch durch kein anderes Mittel völlig zu ersetzen und muss daher der Arzt Alles daran setzen, die erwähnten Zufälle zu vermeiden und möglichst zu einer, wenn auch nur flüchtigen, Ansicht des Kehlkopfs zu gelangen. Da es sich hier wesentlich um das Vorhandensein einer Verengerung der Glottis durch Lähmung des Recurrens handelt, indem andere Veränderungen an der Glottis und in der Nähe derselben theils sehr selten sind, theils wie das Oedema Glottidis andere Symptome machen, so kann es dem Arzte oft genügen, wenn er nur die Giesskannenknorpel sich bewegen sieht; geschieht dies beiderseits und gleichmässig, so kann er natürlich von der Lähmung des Recurrens ganz abstrahiren. Gelingt es ihm, die Stimmbänder auch nur einen Augenblick in Bewegung zu sehen, so gilt hier dasselbe, und erblickt er die Stimmritze weit, so kann er sich beruhigen, wenn er ihre Bewegung zu beobachten nicht Gelegenheit hatte. Man kann auf diese Weise auch durch eine, sonst ganz ungenügende, flüchtige Untersuchung mit dem Kehlkopfsspiegel dahin gelangen, wenigstens mit Sicherheit zu wissen, dass die Tracheotomie in einem gegebenen Falle nichts nützen würde. Für das Unternehmen dieser Operation ist jedoch eine genauere Untersuchung unentbehrlich, denn man darf, nach den neuesten Erfahrungen, aus einer verminderten oder aufgehobenen Beweglichkeit der Kehlkopfsmuskeln der einen Seite nicht auf eine einseitige Verengerung der Glottis schliessen. Die von Traube in der deutschen Klinik (1860 Nr. 41. 1861 Nr. 27), soviel mir bekannt, als die ersten, veröffentlichten laryngoscopischen Befunde bei Aneurysma Aortae, ergeben bei einseitiger Bewegungslosigkeit der Giesskannenknorpel die Stimmritze in dem einen Falle

kaum verengert, in dem anderen sogar abnorm weit. In beiden Fällen fehlten demnach auch zur Zeit der Untersuchung die Athembeschwerden und es war nur Aphonie zugegen. Diese Beobachtungen, sowie die von Lewin bei der Naturforscher-Versammlung zu Speier vorgetragenen ähnlichen Erfahrungen über die Weite der Stimmritze bei Lähmung des Nervus recurrens, beweisen, dass man die bei Thieren gemachten Erfahrungen nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen darf, oder dass jedenfalls bedeutende Modificationen stattfinden können. Bei den Pferden, bei denen die Recurrenslähmung bekanntlich ziemlich häufig vorkommt, fühlt der untersuchende Finger die Glottis stark nach der gesunden Seite verzogen, das Stimmband der kranken Seite schlaff, das der gesunden straff; der Druck auf den gesunden Giesskannenknorpel lässt sogleich die Erscheinungen des mehr oder minder vollständigen Glottisverschlusses entstehen. Für mich geht aus diesen Befunden über die Weite der Glottis bei schon vorhandener Lähmung des Recurrens eine Bestätigung der Ansicht hervor, welche sich mir bei unbefangener Prüfung mehrerer Fälle aufgedrängt hat, dass man die Folgen des Druckes, den Geschwülste am Halse und am Eingange der Brusthöhle auf den Recurrens ausüben können und wirklich ausüben, bedeutend überschätzt und dagegen die ältere Anschauung, welche nur den Druck auf die Luftwege berücksichtigte, zu voreilig bei Seite geschoben hat. Auch in den wenigen Fällen, wo nach dem Tode die microscopische Untersuchung die Atrophie des Nervus recurrens nachwies, ist der Einfluss dieser Lähmung auf die Erscheinungen im Leben kein hervorstechender gewesen. In dem Falle von Brinton z. B. (Lancet, Jan. 1852) war die Stimme nur theilweise verloren, der Klang (musical note and timbre) derselben nur vermindert, es waren Paroxysmen von Husten und Dyspnöe vorhanden, welche mit der Expectoration eines schaumigen Schleimes endigten; also nur Symptome, welche sich in eben der Weise auch bei Compression der Trachea oder der Bronchien, ohne Recurrenslähmung, finden. In der That war auch ausser der Atrophie des Recurrens noch eine Compression der Trachea vorhanden, von welcher drei Knorpel blosgelegt waren und in dem aneurysmatischen Sacke lagen. Es ist hiernach also unumgänglich nöthig, das Vorhandensein einer Glottisverengerung bei Lähmung des Recurrens für alle die Fälle nachzuweisen, wo man die Trachcotomie unternehmen will, denn nur dann hat man

gegründete Aussicht, eine entsprechende Erleichterung zu verschaffen. In wie weit der Krampf der Glottis bei den Stickzufällen eine Folge des Reizes der comprimirenden Geschwülste ist, muss vorläufig dahingestellt bleiben, wenigstens wird eine solche Annahme auf die Vornahme der Tracheotomie wohl keinen solchen Einfluss ausüben können, wie Gairdner zu meinen scheint.

Ist es aus irgend einem Grunde nicht möglich, sich durch den Kehlkopfsspiegel von dem Zustande der Stimmritze oder von der freien Beweglichkeit der Giesskannenknorpel zu überzeugen, so muss man um so mehr auf die sonstigen Symptome achten, welche über den Sitz der Stenose Aufklärung geben können. In der neuesten Zeit ist in der Würzburger mediz. Zeitschrift (Bd. II, p. 390) von Demme eine ausgezeichnete Arbeit über die Tracheostenose durch Druck erschienen, welche zwar vorzüglich auf die durch Kröpfe veranlasste Verengerung der Luftröhre sich bezieht, aber auch der Aneurysmen gedenkt und die Symptome der Compression der Trachea oder der Bronchien kritisch zusammenstellt. Demme hat, wie er selbst bedauert, auf den Nervus recurrens nicht geachtet, es geht aber aus seinen Fällen ziemlich deutlich hervor, dass von Seiten dieses Nerven wenig Symptome vorhanden gewesen sein werden. Die Literatur besitzt ausserdem noch eine beträchtliche Zahl von Fällen, wo die Compression von Aneurysmen Verengerung oder Verschliessung der Luftwege bewirkte und dies schon während des Lebens erkannt werden konnte. Anderntheils kennen wir die Symptome, welche die Lähmung des Recurrens veranlasst, wenn sie eine Verengerung der Glottis herbeiführt, sehr genau aus der Beobachtung bei Pferden, wo diesclbe nicht selten ohne Complication vorkommt; mit diesen stimmt auch die Beobachtung bei Experimenten an Thieren überein. Eine Vergleichung der Symptome, welche diese beiden Arten der Stenose der Luftwege begleiten, wird daher in vielen Fällen einen wichtigen Anhaltspunct geben können. Die Symptome der Recurrenslähmung bei Pferden werden folgendermassen geschildert: „Beim ruhigen Stehen ist das Athmen ungestört und geräuschlos, die Zahl der Athemzüge wie bei einem gesunden Thiere, der Puls normal, die Bindehaut, die Maul- und Nasenschleimhaut sind blassroth und feucht. Bei Bewegungen dagegen wird der Athem sogleich beschleunigt, erschwert und besonders während der Inspiration laut, kreischend, rasselnd; es bricht Schweiss über den ganzen Körper aus, der Blick wird ängst-

lich, die Nasenschleimhaut erscheint dunkelroth, das Pferd kann nur mühsam vorwärts kommen. Lässt man es ein paar Minuten ruhig stehen, so nimmt die Dyspnöe und das Geräusch beim Athmen sofort ab und alle Functionen werden normal. Selbst wenn bei fortgesetzter Bewegung die Athemnoth bis zur Asphyxie gesteigert ist, erholt sich das zusammengestürzte Thier meist nach und nach." — Hält man hiergegen die Respirationsbeschwerden bei der Compression der Luftwege, so findet man manches Abweichende, obwohl es natürlich bei den verschiedenen Graden dieser Compression und bei den vielen complicirenden Momenten nicht möglich ist, ein so bestimmt charakterisirtes Bild der Compressionsstenose dem der Recurrenslähmung gegenüber zu stellen. Beide Zustände haben ausserdem den wesentlichsten Punct, die Verengerung, mit einander gemein. Das hauptsächlichste Moment der Unterscheidung scheint mir in der Art des Eintritts der Athembeschwerden zu liegen, diese folgt bei der Recurrenslähmung sogleich der vermehrten körperlichen Bewegung und lässt mit derselben sofort wieder nach; bei der Compressionsstenose fehlt dagegen auch bei körperlicher Anstrengung das Moment, welches sich so schnell in auffallender Weise geltend machen muss, es tritt daher die Athemnoth nicht ganz so plötzlich ein, steigert sich dagegen rasch; dafür verschwindet sie aber auch nicht so rasch in der Ruhe, wie bei der reinen Recurrenslähmung, sondern besteht, nach Art eines asthmatischen Anfalls, noch einige Zeit fort. Die Athemzüge sind nicht beschleunigt, sondern mehr langsam und gedehnt, die Inspiration und zum Theil auch die Exspiration sind auch in der Ruhe bei der Compressionsstenose häufig hörbar, und die Athembeschwerde ist in entsprechender Weise constant, oder wenigstens nicht so von der Bewegung abhängig. Dies hängt jedoch, wie schon gesagt, von dem Grade der Stenose ab. — Die Stimme ist bei beiden Formen der Stenose heiser oder erloschen, bei der Compressionsstenose scheinen indess mehr Schwankungen in diesem Symptome vorzukommen, als man bei der Recurrenslähmung erwarten muss. Brinton's oben erwähnter Fall zeigt freilich, dass auch bei Atrophie des Recurrens die Stimme nicht immer ganz erlischt. — In den Fällen von Aorten-Aneurysmen, wo eine Recurrenslähmung nachgewiesen wurde, trat die Heiserkeit plötzlich ein, ohne dass man hierfür in der Natur des Uebels einen Grund findet; die Zahl der Fälle ist aber zu gering, um diesem Symptome einen diagnostischen

Werth zu verleihen, auch ist hier der Warnung Demme's zu gedenken, dass man den Angaben der Kranken in diesem Puncte nicht zu grossen Werth beilegen dürfe.

Die Vergleichung der Art und des Eintritts der Heiserkeit und der Respirationsbeschwerde giebt übrigens stets nur einen unsicheren Anhaltspunct. Bei weitem wichtiger sind dagegen die physicalischen Symptome, welche uns auf eine Verengerung der Trachea oder der grossen Bronchien schliessen lassen. Von Demme ist hier zuerst auf den verminderten Umfang des Brustkorbes hingewiesen und der Einfluss der Compression der Luftwege auf denselben durch Messung nachgewiesen. Bei Compression der Trachea wird diese Umfangsabnahme nur da auffallend werden, wo man vor und während der Compression, oder, wie Demme, nach der Operation des Kropfes, gemessen hat; bei Compression eines Bronchus ist dieselbe viel bemerklicher und findet sich daher in der Casuistik der Aorten-Aneurysmen nicht selten erwähnt. Eine andere Folge des constant behinderten Einströmens der Luft in die Lungen ist die Verminderung des Respirationsgeräusches; diese Erscheinung ist natürlich auch am auffallendsten bei Compression eines Bronchus, und dies um so mehr, wenn die Percussion keine völlige Dämpfung, sondern nur eine Erhöhung und eine tympanitische Beschaffenheit des Percussionstons nachweist. Auch dieses Symptom ist öfter beobachtet; es findet sich mitunter nur zeitweise in einem und demselben Falle, wenn die Compression nicht andauernd, sondern nur vorübergehend stattfindet. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung der Fall, welchen Popham in seiner Abhandlung über Aorten-Aneurysmen im Dublin Journal, Febr. 1856, mittheilt; anfangs waren die Erscheinungen der Compression des rechten Bronchus zugegen, nach einem Jahre etwa war dagegen die rechte Brusthälfte frei, jetzt aber fanden sich die Drucksymptome auf der linken Seite, wofür auch die Section den entsprechenden Aufschluss gab. Eine nur vorübergehende Compression eines Bronchus oder auch der Trachea, obwohl letzterer natürlich weniger, kann sehr wohl durch den verschiedenen Füllungszustand des Sackes, durch eine veränderte Lage desselben, namentlich auch durch die verschiedene Ausdehnung der benachbarten Atrien des Herzens und der grossen Gefässe bedingt sein; die musculöse, häutige Wand erlaubt eine schnelle und ziemlich bedeutende Verengerung des Rohres, während die Schnellkraft der Knorpel nach aufgehobe-

nem Drucke das alte Lumen sogleich wieder herstellt. Theils durch die so entstehende schnelle Beschränkung des Respirationsgebietes, theils durch die bei dieser Gelegenheit ebenso vorübergehend stattfindende Compression der hier vorhandenen starken Nervengeflechte lassen sich vielleicht die bisweilen ganz ohne nachweisbaren Grund eintretenden Erstickungsanfälle erklären, wenigstens in einzelnen Fällen, da die Ursachen dieser Anfälle gewiss sehr verschiedenartig sind. Ich finde wenigstens in diesem Umstande einen Erklärungsgrund für die sonst auffallende Thatsache, dass in einem der unten mitgetheilten Fälle von nur temporärem Drucke auf den linken Bronchus äusserst heftige Erstickungszufälle eintraten, bei einem anderen dagegen, wo gleichzeitig ein starkes pleuritisches Exsudat die Lunge comprimirte, die Respiration ruhig, die Dyspnöe bei Bewegungen sehr mässig war und gar keine asthmatischen Anfälle eintraten.

Hat man bei einem Aorten-Aneurysma deutliche Symptome von andauernder oder zeitweiliger Compression der Trachea oder eines Bronchus, so ist man meiner Ansicht nach bei eintretenden Erstickungszufällen berechtigt, die Tracheotomie zu unterlassen, selbst wenn es nicht gelang, die laryngoscopische Untersuchung vorzunehmen, und trotz der vorhandenen Heiserkeit. Denn die Fälle, wo eine Recurrenslähmung eine Stenose der Glottis veranlasst, scheinen in der Wirklichkeit sehr selten zu sein und es bleibt bei Aneurysmen nicht das Mittel noch übrig, welches Demme für Stenose durch Kropf empfiehlt, nämlich eine über die Compressionsstelle hinausgeführte lange Canüle; die tödtliche Blutung würde bei dieser wohl nicht lange auf sich warten lassen.

Die Frage von der Nothwendigkeit oder andererseits der Unzulässigkeit der Tracheotomie drängte sich mir in zwei Fällen, wo die Kranken ausserordentlich durch die Athemnoth litten, sehr lebhaft auf und veranlasste mich schliesslich, mir dieselbe so zu beantworten, wie ich eben dargelegt habe. Ich hatte das Glück, in beiden Fällen meinen Entschluss durch die Section gerechtfertigt zu sehen. Ich lasse hier die beiden Fälle folgen, und zwar zunächst den letzt beobachteten, da in diesem der Recurrens auch microscopisch untersucht wurde.

Ein 36jähriger Arbeitsmann, von mittlerer Grösse, aber von kräftigem Körperbau, wurde am 17. December aufgenommen. Er hatte seit 2 Jahren eine allmählig zunehmende Kurzathmigkeit bemerkt und seit dieser Zeit auch häufig Schmerzen in der linken Brusthälfte gehabt, ohne jedoch da-

durch bei seiner Arbeit wesentlich behindert zu werden. Wegen der allmähligen Entwickelung dieser Erscheinungen vermochte er über den ersten Eintritt derselben keine bestimmmte Auskunft zu geben: acuten Rheumatismus wollte er nicht gehabt haben. Die Ursache seiner Aufnahme in's Krankenhaus war ein trockener, rauher Husten, welcher sich seit einigen Wochen bei ihm eingestellt hatte und ihm die Fortsetzung seiner Arbeit unmöglich machte; bettlägerig war er indessen noch nicht gewesen. Die Stimme war etwas belegt, der Ton beim Husten rauh, wie bei Trachealcatarrh, die Untersuchung der Brust zeigte in Bezug auf die Lungen keine bemerkenswerthe Abweichung, dagegen war die Herzdämpfung im Quer- und Längsdurchmesser vergrössert, das Herz schlug abnorm stark zwischen der 5ten und 6ten Rippe nach aussen von der Mamillarlinie an; der erste Ton war rein, der zweite durch ein blasendes Geräusch ersetzt, welches man an der Aorta und namentlich am linken Rande des Manubrium Sterni am deutlichsten hörte. Der Puls war voll und schnellend, vorzüglich an den Femoralarterien, weniger an der Hand. Ueber der Incisura Sterni und in den Supraclaviculargruben keine verstärkte Pulsation. Der Kranke klagte gar nicht über Herzklopfen, der Athem war gewöhnlich wenig hörbar, doch hörte man während und nach den Hustenparoxysmen eine rauhe, schnarrende Inspiration. Der Appetit war gut, Fieber war nicht vorhanden. Die Diagnose ward auf Insufficienz der Aortaklappen gestellt und der Catarrh den augenblicklichen Witterungsverhältnissen zugeschrieben. Als beim Gebrauch von Digitalis mit Salmiak und bei ruhigem Verhalten der Husten sich nicht besserte, wurde noch ein Vesicans auf die Brust gelegt. Es trat jedoch nicht allein keine Besserung ein, sondern der Husten verschlimmerte sich noch, dabei ward der Ton bei der In- und Exspiration während desselben lauter und krähender, auch klagte der Kranke über öftere Beängstigungen, namentlich zur Nachtzeit. Bei einer zwei Wochen nach der Aufnahme nochmals angestellten genaueren Untersuchung zeigte sich Folgendes. Das diastolische Geräusch au der Aorta war viel stärker, als bei der ersten Untersuchung, es wurde am lautesten an der linken Seite des Sternum in der Höhe des ersten Intercostalraums gehört. Hier fühlte man eine deutliche Pulsation, welche auch noch im zweiten Intercostalraum bemerklich war, dann verschwand dieselbe, um in der Herzgegend wieder zu erscheinen, doch war der Herzschlag stärker und kräftiger stossend, als die höher oben wahrzunehmende Pulsation. Die letztere erfolgte deutlich später als der Herzschlag. Der Percussionston an der linken Seite des oberen Theils des Brustbeins und in der Unterschlüsselbeingrube war kürzer und höher; das Athmungsgeräusch im Bereiche des linken oberen Lungenlappens war deutlich schwächer, als rechts, mitunter fast ganz fehlend, zu anderen Zeiten dagegen, namentlich nach stärkeren Hustenanfällen fast ebenso deutlich, als rechts. Der Kranke klagte über einen beständigen, jedoch nicht intensiven Schmerz im Rücken, tiefer zwischen den Schulterblättern, hier hörte man fast nichts von den Herztönen, dagegen war zwischen dem Winkel des linken Schulterblattes und der Wirbelsäule das rauschende diastolische Geräusch, namentlich, wenn das Respirationsgeräusch sehr schwach war, deutlich vernehmbar. Weder in der Grube oberhalb des Brustbeins, noch in der Fossa supra clavicularis war eine abnorme Pulsation wahrzunehmen, doch war die

letztere voller und die Vena jugularis externa hier mehr gefüllt. An der linken Radialarterie war der Puls mit der rechten gleichzeitig, aber deutlich etwas schwächer. Die linke Pupille war enger, als die rechte. Die Stimme war fast immer belegt, doch nie ganz tonlos, nur sprach der Kranke oft sehr leise. Oft wurde er, namentlich Nachts von einer Unruhe und einem Gefühle von Beängstigung befallen, welches ihn antrieb, das Bett zu verlassen und umherzugehen. Dabei hatte die mehr horizontale oder erhöhte Lage im Bette, im Ganzen keinen erheblichen Einfluss. Gegen diese nächtliche Unruhe und die namentlich Nachts auftretenden Hustenparoxysmen wurde Abends Morphium, anfangs mit Erfolg gegeben. In der Nacht vom 6. auf den 7. Januar stellte sich jedoch zuerst ein förmlicher Erstickungsanfall ein. Das Gesicht erschien nach demselben etwas gedunsen und etwas livide, der Hals, namentlich links, etwas angeschwollen. Nach einer örtlichen Blutentziehung auf dem oberen Theile des Brustbeins trat eine wesentliche Erleichterung ein. Diese wurde zur Vornahme der laryngoscopischen Untersuchung benutzt. Obwohl der Kranke den ernsten Willen hatte, diese zu erleichtern und die Untersuchung mit möglichster Schonung vorgenommen wurde, so gelang sie doch bei der grossen Reizbarkeit der Schlundorgane nur unvollkommen. Man sah Auflockerung und Röthung der Schleimhaut der Epiglottis und der Giesskannenknorpel; die Stimmbänder konnte man freilich nur einen Augenblick bei einer beginnenden Würgbewegung sehen, dabei indessen ihre gleichmässige Annäherung deutlich bemerken. — Der Zustand des Kranken, welcher zur Zeit der Aufnahme und in den ersten Wochen nach derselben durchaus nichts Beunruhigendes dargeboten hatte, verschlimmerte sich von nun an täglich und in steigendem Grade. Man wurde genöthigt, ihm ein abgesondertes Zimmer anzuweisen, damit er theils Nachts ungestört und ohne Andere zu stören aufstehen und herumwandeln, theils nach seinem Bedürfnisse auf einem Lehnsessel kurze Zeit und wenn es ihm Bedürfniss war, der Ruhe geniessen konnte. Mitunter fühlte er sich so viel wohler, dass er in gewöhnlicher Weise im Bett lag, doch war dies nur ausnahmsweise der Fall. Die Kräfte nahmen dabei ab, ohne dass Abmagerung eintrat. Der Kranke klagte jetzt, aber mehr auf Befragen, als von selbst, über Beschwerden beim Schlucken; festere Speisen konnte er häufig nicht anders hinabschlingen, als wenn er gleichzeitig trank. Das Gesicht des Kranken drückte beständige Angst und Furcht aus und war immer etwas gedunsen, ohne eigentlich ödematös zu sein, die linke äussere Jugularvene trat stark hervor, weniger die innere: der Athem war stets etwas gedehnt, hörbar, die Stimme heiser; Erstickungszufälle kamen immer häufiger und heftiger. Der Puls war, auch ohne den Gebrauch von Digitalis, häufig aussetzend, gewöhnlich ruhig, während der Suffocationszufälle beschleunigt. Oertliche Blutentziehungen am oberen Theile des Brustbeins, welche noch einigemal vorgenommen wurden, hatten stets nur einen sehr vorübergehenden Erfolg; Morphium und Stramonium erleichterten die Athmungsbeschwerde nur wenig. Am 12. Januar Nachmittags wurde, um über die Zulässigkeit der Tracheotomie nochmals zu einem bestimmten Resultate zu gelangen, ein zweiter Versuch zur laryngoscopischen Untersuchung gemacht, nachdem der Kranke möglichst vorbereitet war. Die Erstickungszufälle erreichten zu dieser Zeit schon einen so heftigen Grad, dass die Untersuchung die

äusserste Schonung und Vorsicht erheischte. Es gelang diesmal, nach wenigen vergeblichen Versuchen, in den geöffneten Kehlkopf zu sehen, während der Kranke ruhig athmete. Die Schleimhaut im Innern des Kehlkopfs war dunkel geröthet, die Stimmritze weit geöffnet, so dass die wahren Stimmbänder nicht sichtbar waren; man konnte sich jedoch deutlich überzeugen, dass kein Hinderniss in der Glottis vorhanden war. Es wurde deshalb die Beweglichkeit derselben nicht geprüft, da ich froh war, ohne Störung so weit gekommen zu sein. Als ich mich etwa eine Viertelstunde nachher noch in einem nahegelegenen Krankenzimmer befand, hörte ich plötzlich Lärm auf dem Corridor und unmittelbar darauf stürzte der mit seinem Wärter kämpfende Kranke, wüthend um sich schlagend, ins Zimmer mit dem Ausdrucke der fürchterlichsten Verzweiflung, von Zeit zu Zeit laut, mit gewaltsam hervorgestossenen Worten um Hülfe schreiend. Nur mit der grössten Mühe gelang es, ihn rasch nach seinem Zimmer zu bringen und einen seiner Arme so ruhig zu halten, dass ein Aderlass vorgenommen werden konnte. Noch während des Blutens war er in beständiger angstvoller Bewegung, dann und wann einzelne abgebrochene Worte herausstossend. Erst nach Abfluss einer ziemlich beträchtlichen Blutmenge ward er ruhiger in seinem Verhalten, obwohl die Angst und Athemnoth noch fortdauerte. Nach weiterem Blutverluste ward er nun bald sichtlich freier, athmete ergiebiger und leichter, aber erst nach Abfluss von etwa 32 Unzen war der Anfall ganz beseitigt und die äussere Jugularvene an Umfang vermindert. Die Nacht verbrachte er im Lehnstuhl, den er nun nicht wieder verliess. Er war am folgenden Tage sehr angegriffen, doch ohne Athemnoth bis zum Abend, wo sich der Erstickungsanfall wieder mit solcher Heftigkeit erneuerte, dass aus der wieder geöffneten Aderlasswunde noch 12 Unzen Blut entleert wurden, worauf sogleich Erleichterung eintrat. Gegen Morgen trat ein neuer Anfall auf, der Kranke war bei demselben sehr angegriffen, eine Blutentziehung ward versucht, aber ohne Blut zu geben, Chloroformeinathmungen waren vergeblich, bis der Kranke gegen 9 Uhr Morgens mehr zusammensank und die Besinnung verlor. In der Nacht hatte er schon viel delirirt und gegen Morgen einigemal laut gesungen. Ich sah ihn kurz vor seinem Ende, er war bewusstlos, im Stuhle zurückgesunken, athmete langsam und hörbar, der Puls war kaum zu fühlen, die Pulsation im linken ersten Intercostalraum war noch deutlich und blieb noch als das einzige Lebenszeichen, als schon der Puls nicht mehr fühlbar war und die letzten Athemzüge in seltenen Zwischenräumen erfolgten. Um 10 Uhr war er todt.

Bei der Section war der kräftige Körper durchaus nicht anämisch. Das Schädeldach war dick und schwer, unter der getrübten Arachnoidea eine mässige Menge Serum, die pia Mater und Hirnsubstanz wenig blutreich. Beim Eröffnen der Brusthöhle zeigte sich die linke Lunge überall durch Zellgewebe an die Rippenpleura befestigt, der obere Lappen war auffallend platt, aber lufthaltig; die rechte Lunge war ausserordentlich stark ausgedehnt, beide mässig blutreich und wenig serös infiltrirt. Das Zellgewebe des vorderen Mediastinum war ziemlich blutreich, eine aneurysmatische Geschwulst war bei der einfachen oberflächlichen Anschauung nicht zu bemerken. Bei näherer Untersuchung zeigte sich, dass die Aorta gleich nach Abgabe der linken Carotis sich zu erweitern begann; die Er-

weiterung erstreckte sich hier in Form eines schlaffen Sackes nach unten bis zum linken Bronchus, dessen oberen Rand sie berührte, ohne mit ihm zu verwachsen. Nach hinten reichte der aneurysmatische Sack längs der Wirbelsäule herab und hatte mehrere Brustwirbel etwas abgeplattet, ohne ihr Periost, mit Ausnahme einer kleinen Stelle am untersten Wirbel, zu zerstören. Die Zwischenwirbelknorpel ragten über den atrophischen Knochen hervor. Der linke Bronchus ruhte auf dem unteren Theil der Geschwulst, wo sie der Aorta descendens angehörte, während, wie erwähnt, der untere Rand des erweiterten Arcus seinen oberen Rand berührte. Der Bronchus und seine Aeste zeigten weder Verengerung, noch Ulceration, nur war die Schleimhaut roth imbibirt. Der Kehlkopf war mit schaumigem Secret erfüllt, die Schleimhaut geröthet, in der Mitte des linken Stimmbandes zeigte sich ein kleiner, ziemlich beweglicher, gestielter Schleimhaut-Polyp, der bei der laryngoscopischen Untersuchung nicht gesehen war, auf den Verlauf und die Symptome der Krankheit aber schwerlich einen Einfluss ausgeübt hatte. Der linke Nervus recurrens verlief über dem Anfangstheil der Erweiterung und war theilweise, namentlich nach unten und etwas nach hinten in dichteres Zellgewebe eingebettet, oberhalb der Geschwulst verliefen seine Aeste in gewöhnlicher Weise zur Trachea und zum Pharynx, ohne in ihrem Aeussern eine Abnormität zu zeigen. Die microscopische Untersuchung des Nerven an der scheinbar comprimirten Stelle ergab die vollkommene Integrität desselben. Der Herzbeutel enthielt ziemlich viel Wasser. Das Herz war vergrössert, der linke Ventrikel desselben hypertrophisch und erweitert. Die Mitralklappe erschien gesund, die Aortaklappen waren an den aneinanderstossenden Rändern eine Strecke mit einander verwachsen, die mittlere derselben war verkürzt, ihr freier Rand nach aussen umgeschlagen und die Klappe dadurch insufficient. Die Leber, die Milz und die Nieren waren sehr blutreich, die Milz auch etwas vergrössert. Magen und Darmcanal waren ohne bemerkenswerthe Veränderung. Die Aorta nahm unterhalb der Geschwulst ihr normales Volumen wieder an.

Der andere Fall, in welchem ich die laryngoscopische Untersuchung anstellte, um über das Vorhandensein einer Lähmung des Recurrens Gewissheit zu bekommen, wurde im Jahre 1860 beobachtet. Auch hier gelangte ich nicht zu einem deutlichen Bilde der Stimmritze, hatte aber durch die Untersuchung doch die Sicherheit gewonnen, dass keine Recurrenslähmung vorhanden war.

Ein 56jähriger Kammacher wurde am 7. Juli 1860 aufgenommen. Er war von blasser Gesichtsfarbe, etwas abgemagert und schon seit Weihnacht 1859 leidend. Seine Beschwerden waren Engbrüstigkeit, Heiserkeit, und ein lästiger Husten. Im Bau des Brustkorbes zeigte sich keine Abnormität, der Athem war ruhig, die Stimme sehr heiser, doch nicht ganz tonlos; der Husten war mit einem rauhen, bellenden Ton verbunden, dabei ward mit grosser Anstrengung ein wässeriger Schleim ausgeworfen. In der horizontalen Lage wurde der Kranke nach kurzer Zeit beengt, beim Sitzen und Stehen war der Athem frei. Die physicalische Untersuchung liess in Bezug auf die Lungen keine Abnormität erkennen. Die Dimen-

sionen des Herzens erschienen nicht wesentlich verändert, der Anschlag des Herzens war verstärkt, an der Aorta hörte man ein systolisches Geräusch, welches am oberen Theile des rechten Sternalrandes bedeutend an Intensität zunahm. Die Percussion war am Manubrium Sterni nach rechts in einem nicht bedeutenden Umfange gedämpft, im ersten und zweiten rechten Intercostalraume fühlte man nahe dem Sternum eine Pulsation. Oberhalb der Incisura Sterni fühlte man deutlich mit dem nach unten gerichteten Finger eine Pulsation von einem Schwirren begleitet. Der Puls an den Arterien des Halses war ganz gleichzeitig, an der linken Radialarterie schien der Puls etwas später zu folgen, als rechts, doch war der Unterschied so unbedeutend, dass man hierüber zu keinem bestimmten Resultate kam. In der Gegend des rechten Schlüsselbeingelenkes hatte der Kranke eine schmerzhafte Empfindung, welche sich in die rechte obere Schlüsselbeingrube, so wie in den rechten Oberarm nach dem Biceps hin erstreckte; in dem unteren Theile der Luftröhre verspürte der Kranke ein lästiges Gefühl von Brennen. Am Rücken war das systolische Geräusch nicht zu hören. Die Beschwerden des Kranken nahmen anfangs stetig zu; nur liess der Schmerz im rechten Arme bald nach. Der Husten ward dagegen besonders heftig und quälend, es ward mit demselben eine grosse Menge wässerigen Schleims unter grosser Anstrengung ausgeworfen, das brennende Gefühl in der Luftröhre belästigte den Kranken sehr. Gegen Ende des Monats Juli trat indessen allmählig einige Besserung in den catarrhalischen Beschwerden ein. Die Stimme blieb dagegen stets heiser und Anfangs August versagte sie mitunter mitten in einem Worte. Am 20. August machte ich den Versuch einer laryngoscopischen Untersuchung, welche wegen der Reizbarkeit des Kranken und wegen meines Mangels an Uebung sehr unvollkommen gelang; ich konnte nicht in's Innere des Kehlkopfes sehen, aber beim Aussprechen des Vocals ä deutlich mich von der gleichmässigen Bewegung der Giesskannenknorpel überzeugen. Die Schleimhaut derselben erschien nach dem Schlunde zu geschwollen und geröthet. In der nächsten Zeit bemerkte man bei der äusseren Untersuchung noch, dass die Luftröhre deutlich nach rechts verschoben erschien und dass eine Hervorwölbung in der Gegend der Sternalinsertion des Kopfnickers vorhanden war. Die Beschwerden waren mässig, der Husten trat in heftigen, aber seltneren Anfällen auf, die Venen des Halses und des Gesichts schwollen bei den Hustenanfällen auf, der Kranke bekam nach denselben Kopfschmerz. Am 6. September vermehrte sich der Catarrh wieder sehr; in der Trachea und den grösseren Bronchien war starkes Rasseln, Schnurren und Pfeifen wahrzunehmen, das Gesicht war geröthet, der Puls jedoch nicht beschleunigt, die Beengung war bedeutend vermehrt. Nach einigen Tagen besserte sich der Zustand wieder, doch war die Besserung nur von kurzer Dauer, die Beengung nahm wieder stark zu, der Kranke bekam erstickende Hustenanfälle, musste stets mit erhöhter Brust im Bette sitzen, sprach sehr leise und undeutlich; er machte gewöhnlich beim Athmen eine rasche, energische Inspiration und liess dann eine gedehnte rasselnde Exspiration folgen. Gegen Ende des Monats September ward der Zustand immer schrecklicher, alle versuchten Erleichterungsmittel waren vergeblich. Ich hatte einige Zeit vorher noch einen Versuch mit dem Kehlkopfsspiegel gemacht, doch scheiterte derselbe gänzlich an

der Reizbarkeit des Schlundes; das, wenn auch unvollkommene Ergebniss der ersten Untersuchung war mir jedoch, in Verbindung mit der vorhandenen Verschiebung der Luftröhre, genügend, um den sich oft aufdrängenden Gedanken an die Tracheotomie abzuweisen. Am 24. September klagte der Kranke zuerst über Unvermögen, eine grössere Menge Flüssigkeit auf einmal herunterzuschlucken. Vom 26. September bis zum 1. October trat noch einmal ein verhältnissmässig bedeutender Nachlass der Beschwerden ein; an letzterem Tage nahmen dieselben rasch wieder zu, am 2. October machte ein Erstickungsanfall seinem Leben ein Ende.

Bei der Section fand man das Schädeldach und die dura Mater ziemlich blutreich, die Arachnoidea getrübt, unter derselben ziemlich viel Serum. Die pia Mater und die Hirnsubstanz waren blutreich; die Ventrikel enthielten wenig Wasser. Die Hirnarterien waren atheromatös erkrankt. Der linke Ventrikel des Herzens war stark hypertrophisch, der Klappenapparat zeigte keine Veränderung. Die aufsteigende Aorta war erweitert und stark verdickt; am hinteren Theile des Arcus war ein sackförmiges, nicht sehr umfängliches Aneurysma, welches mehrere Ausbuchtungen hatte. Mit einer derselben drückte es auf die Trachea und hatte dieselbe an einer Stelle bis auf die Schleimhaut zerstört, so dass ein necrotischer Knorpel in den aneurysmatischen Sack hineinragte und die Schleimhaut in einiger Ausdehnung unterminirt war; die Schleimhaut der Luftröhre war stark geröthet und mit zähem Schleim bedeckt. Die Luftröhre war an der Stelle, wo sie mit der aneurysmatischen Geschwulst verwachsen war, deutlich verengert. Die Nervi recurrentes wurden nicht microscopisch untersucht, schienen aber nicht erkrankt zu sein. Beide Lungen waren an einzelnen Stellen an die Rippenwand angeheftet, stark serös infiltrirt; auf dem Durchschnitte zeigten sich mehrere kleine, mit dunkelrothem Exsudate infiltrirte Stellen mit körniger Schnittfläche, in der Nähe kleiner Bronchien. Die Bronchialschleimhaut war stark geröthet. An der Basis des linken unteren Lungenlappens und auf der Zwerchfell-Pleura kleine Ecchymosen und etwas gelbes, geronnenes Exsudat. Der Befund der Bauchhöhle ergab kein erwähnenswerthes Resultat.

Verengerungen in der Trachea oder den grossen Bronchien können bisweilen durch ihre Erscheinungen ganz das Bild einer Larynxstenose hervorbringen; die Heiserkeit, die hörbare Inspiration machen den entschiedenen Eindruck, als ob das Hinderniss in dem Kehlkopfe stecke, während es weit tiefer sitzt. Ein Beleg dafür ist der folgende Fall:

Am 21. Juni 1851 wurde ein 49jähriger Heizer eines Dampfschiffes in's Krankenhaus gebracht. Da er etwas delirirte, so war über die Anamnese nichts Zuverlässiges von ihm zu erfahren, als dass sein Uebel schon einige Zeit bestehe. Er athmete mühsam, aber nicht beschleunigt, mit einem hörbaren Geräusche, ganz, als ob ein Hinderniss im Kehlkopf sei. Der tief in den Schlund geführte Finger vermochte an der Epiglottis nichts Abnormes zu entdecken, doch hatte man in der Tiefe das Gefühl eines losgelösten Kehlkopfsknorpels (vermuthlich das eine Horn des Zungenbeins). Die Stimme war nicht ganz erloschen; die Fauces waren etwas

livide, aber nicht geschwollen oder injicirt. Das Gesicht drückte keine besondere Angst aus. Es war Fieber vorhanden. Ein Aderlass, Blutigel an den Hals, ein Vesicans auf den Kehlkopf, innerlich Calomel, blieben ohne allen Erfolg, ebensowenig nützte ein Infusum Senegae mit Spiritus muriatico-aethereus, als sich am nächsten Tage der Puls klein und beschleunigt, die Extremitäten kühl und mit Schweiss bedeckt zeigten. Er starb am 24sten Morgens.

Bei der Section fand man im vorderen Mediastinum an der aufsteigenden Aorta ein sackförmiges, durch Fibringerinnsel fast ganz ausgefülltes Aneurysma, von dessen Eingangsöffnung noch ein Gerinnsel in die Aorta hineinragte. An der hinteren Wand des Arcus Aortae, gerade an der Theilungsstelle der Trachea, befand sich ein zweites sackförmiges Aneurysma, etwa von der Grösse einer Kirsche, welches ganz mit Fibringerinnsel erfüllt war und so an seiner Abgangsstelle im Lumen der Aorta nur eine seichte Vertiefung wahrnehmen liess. Dieses kleine Aneurysma drückte die Trachea gerade oberhalb der Theilung beträchtlich zusammen. Die Schleimhaut war hier in grösserem Umfange blaugrau gefärbt, in der Mitte dieser Stelle war eine Ulceration mit dunkelbraunem Grunde, von welcher man zu dem das Aneurysma ausfüllenden Gerinnsel gelangte. Das Herz war nicht erkrankt. Die Lungen waren serös infiltrirt. Der Larynx war nicht verändert.

Sowohl dieser Fall, als die erst beschriebenen haben mit anderen Fällen von Aorten-Aneurysmen, welche auf dem hiesigen Krankenhause beobachtet wurden, in Bezug auf die Erscheinungen der Verengerung der Luftwege eine solche Aehnlichkeit, dass ich dieselben ebenfalls nicht mehr als Fälle von Recurrenslähmungen ansehe, wie früher die Aerzte des Krankenhauses, und ich selbst unter ihnen, es gethan haben. Ein interessanter Fall der Art ward von Herrn Dr. E. Cohen, während der Zeit, als er nach dem Tode meines Vorgängers dessen Stelle verwaltete, im hiesigen Krankenhause in der letzten Zeit seines Verlaufes beobachtet und schon während des Lebens auf Compression des Recurrens durch ein Aorten-Aneurysma bezogen. Die oben von mir hervorgehobenen Unterscheidungszeichen lassen auch in diesem Falle die vorhandene Compression des linken Bronchus als das wesentliche Moment erscheinen, da die Compression des Recurrens nur aus der Lage der Theile gemuthmasst, seine Atrophie aber nicht durch eine eigne Untersuchung nachgewiesen wurde. Der Fall ist folgender:

Ein 52jähriger Barbiergehülfe ward am 9. Febr. 1857 aufgenommen. Er gab an, dass er seit 6 Wochen in Folge einer Erkältung an Heiserkeit und Husten leide; der Athem war etwas beengt, die Inspiration rauh und rasselnd, die Brust schmerzte nicht, es war aber ein Gefühl von Druck im Halse vorhanden, der Auswurf war reichlich, serös-schleimig. Der Puls war ruhig, die Zunge nicht belegt, gleichwohl der Appetit gering, der Stuhlgang träge. Der Fall wurde für einen verschleppten Tracheal-

catarrh gehalten und demgemäss behandelt. Gegen Ende des Monats trat einige Besserung ein, auch hob sich der Appetit, doch blieb die Heiserkeit beständig, auch dauerte der Husten noch fort, wenn auch in vermindertem Grade. Bald verschlimmerte sich der Husten wieder, das Allgemeinbefinden fing an zu leiden, der Kranke bemerkte eine Abnahme der Kräfte. Die Klagen über das Halsübel wurden stärker, es war stets ein lästiges Gefühl in der Luftröhre, die Sprache war erschwert, der Kranke verschluckte sich bisweilen, der Schlaf ward durch Hustenanfälle häufig gestört. Es schien sich Phthisis laryngea auszubilden. In der Nacht vom 6. auf den 7. Juni trat ein heftiger asthmatischer Anfall ein, nach dessen Aufhören die Inspiration noch hörbarer, mehr pfeifend blieb, als sie bisher gewesen war. Der Appetit war verschwunden, der Puls klein und beschleunigt. Der asthmatische Anfall wiederholte sich jetzt öfter in der Nacht; ausserhalb der Anfälle war die Inspiration sehr hörbar und mühsam, die Stimme war ganz erloschen, der Puls klein und frequent, der Kranke schwitzte viel. Die Sputa waren nach dem Anfall mitunter blutig. Seit dem 12. Juni waren die Erstickungsanfälle gelinder, die Athemnoth sonst aber bedeutender, die Inspiration sehr mühsam, der Kranke sass fast beständig aufrecht und musste bei den Anfällen das Bett verlassen. Die Beine fingen an ödematös zu werden, Am 15ten stellte sich, ohne sonstige Besserung, der Ton der Stimme wieder etwas her. Alle Erleichterungsmittel waren bisher fast ganz ohne Einfluss gewesen; der Kranke erhielt jetzt Taback mit einem Viertheil Herba Stramonii zum Rauchen. Schon nach drei Tagen zeigte sich eine wesentliche Erleichterung, die Erstickungszufälle blieben aus, auch wurde der Athem freier und leichter, die Stimme stellte sich mehr ein, der Appetit wurde allmählig besser. Die Besserung dauerte bis zum 9. Juli, wo wieder die Inspiration hörbarer wurde, die Stimme aber blieb. Gleichwohl erhielt sich die Besserung der Athmungsbeschwerde, trotz etwas vermehrten Hustens, noch ziemlich bis zum 23. Juli, wo wieder mehr Dyspnöe eintrat, die Stimme blieb seit dem 15. Juni beständig, wenn auch nicht rein und klar, doch besser, wie zur Zeit der Aufnahme. Die Zunahme der Athmungsbeschwerde war bis gegen den 18. August nicht bedeutend, der Kranke machte sogar ohne besondere Beschwerde einen kleinen Spatziergang; von da ab fing er wieder an, in der früheren Weise zu leiden und klagte nun auch mitunter über Herzklopfen. Am 23. August wurde bei der physicalischen Untersuchung der Impuls des Herzens selbst nicht besonders verstärkt gefunden, auch war der Spitzenstoss an der gewöhnlichen Stelle; dagegen bemerkte man im zweiten Intercostalraum, nahe dem Sternum, eine deutliche Pulsation mit seitlicher Ausdehnung bei der Systole. Der Percussionsschall war an dieser Stelle gedämpft; die Auscultation wurde durch das rauhe, gezogene Geräusch in der Trachea sehr erschwert, man hörte beide Herztöne, den ersten etwas dumpf, aber beide ohne Geräusch. Die Venen des Brustkastens waren nicht ausgedehnt. — Die Inspiration ward jetzt immer hörbarer, der Husten stärker, mit demselben wurde viel wässerig-schleimiger Auswurf hervorgebracht, die Stimme war wieder ganz klanglos geworden. Der Zustand des Kranken verschlimmerte sich jetzt mehr und mehr, jedoch mit Unterbrechungen; wenn die Pulsation weniger stark war, so war auch die Athmungsbeschwerde geringer, der Auswurf

ward dicker und eiterartig, bei stärkerer Pulsation war die Dyspnöe grösser. Diese trieb den Kranken bisweilen aus dem Bette und veranlasste ihn, Nachts umherzuwandeln. Erstickungsanfälle kamen seltener, dagegen zeigte sich im Allgemeinen mehr Rasseln auf der Brust. Die Inspiration ward immer mühsamer, es war dem Kranken, als ob etwas fest in der Luftröhre sässe, auch klagte er jetzt über ein Hinderniss beim Schlingen. Am 11. October wurde im Krankenjournal notirt, dass das Respirationsgeräusch links schwächer sei, als rechts. Nachdem vom 13. bis 27. October eine Besserung in allen Beschwerden eingetreten war, erfolgte in der Nacht von Neuem ein heftiger Erstickungsanfall, welchem eine Lungenlähmung folgte. Dieser erlag der Kranke am 28. um 2 Uhr Nachmittags.

Bei der Section fand man die Arachnoidea serös unterlaufen, die Venen der pia Mater erweitert, die Gehirnsubstanz blutarm und ziemlich resistent. Beide Lungen waren an den Spitzen angewachsen; die rechte voluminös, an ihrer Spitze eine ziemlich umfängliche Verdichtung des Gewebes mit narbigen Einziehungen und eingelagerten obsoleten, verkalkten Tuberkeln; der untere Lappen theils ödematös, theils verdichtet und mürbe, mit eingestreuten Tuberkelgranulationen. In der linken Lungenspitze ebenfalls obsolete Tuberkeln; der untere Lappen etwas ödematös. Der Larynx weit, durchaus gesund, die Schleimhaut blass. Die Schleimhaut der Trachea, besonders gegen die Bifurcation hin, intensiv geröthet und aufgewulstet. — Der Herzbeutel bedeutend erweitert, mit gelber, wässeriger Flüssigkeit angefüllt. Das Herz sehr vergrössert, aber nur durch Hypertrophie des linken Ventrikels. Das Endocardium stellenweise getrübt, die Aortaklappen etwas verdickt. Die aufsteigende Aorta erweitert und stark mit Incrustationen und Auflagerungen besetzt. An der hinteren Wand des Aortenbogens fand sich eine kreisrunde, scharf gesehnittene Oeffnung von der Grösse eines Achtgroschenstücks, die in ein wohl faustgrosses Aneurysma führte, welches an der linken Seite der Wirbelsäule auflag und völlig mit Fibringerinnseln erfüllt war. Die Körper von zwei Brustwirbeln und die obere Hälfte eines dritten waren bedeutend ausgehöhlt, die Intervertebralknorpel unversehrt. Das Aneurysma hatte die Trachea verdrängt und drückte zum Theil den linken Bronchus zusammen. Der Nervus recurrens musste gedrückt werden. — Der Befund der Bauchhöhle ergab nichts Erwähnenswerthes.

Ein anderer Fall, wo man nach der Section eine Lähmung des Recurrens durch Druck annahm, ist leider sehr unvollkommen beobachtet und wurde während des Lebens ganz verkannt. Dennoch glaube ich die ebenfalls nicht auf eine genaue Untersuchung des Nerven gestützte Hypothese einer Lähmung des Nervus recurrens jetzt in Zweifel ziehen zu müssen.

Es betraf diese Beobachtung einen 31jährigen Matrosen, welcher am 17. Juli 1845 ins Krankenhaus aufgenommen wurde. Er war von robustem Körperbau, gut genährt; seit 5 Monaten litt er an Schmerzen in der Brust und zwischen den Schultern, sowie an Husten, befand sich in übriger Be-

ziehung aber wohl. Der Schmerz hatte seinen Sitz vorzüglich in den Rückenwirbeln und strahlte bisweilen nach der linken Seite aus, der Druck vermehrte denselben. Der Husten war sehr gering. Die schmerzstillenden und ableitenden Mittel, welche angewandt wurden, waren nicht nur ohne Erfolg, sondern die Klagen des Kranken steigerten sich allmählig; sein Gesichtsausdruck ward leidend, die Ernährung nahm ab, der Husten blieb mässig bis zum 3. September, wo er unter Zunahme der Schmerzen bedeutend stärker wurde und sich zuerst mit Heiserkeit verband. Die Respiration war sehr pfeifend und mühsam, ohne Auswurf, Fieber war jedoch nicht zugegen. Obwohl geringe Remissionen eintraten, so blieb doch seit dieser Zeit vermehrter Husten, hörbarer, rasselnder Athem und Heiserkeit. Gegen Ende September trat einige Besserung des Hustens und der Athembeschwerde ein, dagegen war der Brustschmerz stärker und mit einer theilweisen Anaesthesie der linken Thoraxhälfte verbunden. Anfangs October wieder vermehrter Husten und beengterer Athem mit pfeifendem Tone. Eine am 24. October angestellte physicalische Untersuchung ergab keine auffallende Abweichung. Die Dyspnöe fing jetzt an, sich paroxysmenweise fast bis zur Erstickung zu steigern. Am 3. November war dabei das pfeifende Geräusch so stark, als ob die Stimmritze verengert wäre. Nach diesem Anfall traten zunächst keine neuen ein, doch blieb der Athem beengt und es kamen häufig Hustenanfälle vor. Anfangs December wurde bei vermehrter Respirationsbeschwerde ein Emeticum versucht, doch vermehrte es nur die Schmerzen im Rücken und in der Brust, ohne die Luftwege frei zu machen. Am 13. December klagte der Kranke zuerst über erschwertes Schlingen. Der December verlief jedoch im Ganzen besser, auch so die erste Zeit des Januar. Gegen Ende des letzteren Monats nahm das Leiden des Kranken wieder zu, er hatte beständige Schmerzen, viel Husten und Beklemmung, der Puls war beschleunigt, der Schlaf fehlte. Der Auswurf war bisher zähe und durchscheinend, am 28. Januar ward er eitrig; gleichzeitig stellten sich hectische Erscheinungen ein. Fortdauernde Steigerung und öfterer Wechsel der Gaben und Formen narcotischer und expectorirender Mittel blieben stets erfolglos; der Zustand des Kranken ward immer kläglicher, er sass beständig aufrecht in der grössten Athemnoth; die Respiration war stets pfeifend, wie von bedeutender Verengerung des Kehlkopfs. So schleppte sich der Zustand fast ohne die geringste Erleichterung bis zum 7. April fort; Tags zuvor fühlte sich der Kranke etwas leichter, an diesem jedoch wieder beengter; sein Tod erfolgte am Nachmittage ganz plötzlich.

Bei der Section fand man die Arachnoidea getrübt, unter derselben viel seröses Exsudat, die pia Mater und die Hirnsubstanz von geringem Blutreichthum. Am Halse zeigte sich nichts Abnormes; die Schleimhaut des Larynx war ganz normal, ebenso die Beschaffenheit der Stimmritze, Die Schleimhaut der Luftröhre war nicht geröthet, aber mit zähem, halbdurchsichtigen Schleim bedeckt. Die Trachea war an ihrem unteren Ende fest mit dem Oesophagus verwachsen, liess sich aber ohne Verletzung trennen. Die linke Pleurahöhle war durch die gleich zu beschreibende Geschwulst oben etwas verengt, der linke obere Lungenlappen war platt, aber nicht comprimirt, sondern wie atrophisch. In demselben fanden sich einzelne graue Tuberkelgranulationen; der untere war verdichtet, brüchig,

theils mit grauem, gallertartigen, theils mit rothgrauem, theils mit käsig zerfallenem Exsudate infiltrirt und zeigte eine körnige Schnittfläche; ausserdem fanden sich mehrere Eiterhöhlen. In der rechten Lunge waren zahlreiche Tuberkelablagerungen und einzelne Eiterhöhlen, die Tuberkeln waren mehr in Gruppen abgelagert, einzelne verdichtete, zerstreute, mit entzündlichem Exsudate infiltrirte Stellen waren im tuberculösen Zerfall. Das Herz zeigte keine wesentliche Veränderung. Etwas oberhalb der Semilunarklappen hatte die Aorta eine etwa haselnussgrosse Ausbuchtung, zu welcher eine erbsengrosse Oeffnung führte. Diese Höhle war durch geronnenes Blut und geschichteten Faserstoff ausgefüllt, zwischen diesen und der Arterienhaut befand sich eine dicke, röthliche, eiterähnliche Flüssigkeit. Die Aorta machte hierauf ihren gewöhnlichen Verlauf, bildete aber am Arcus, an ihrer hinteren Wand, ein sackförmiges Aneurysma, welches fest mit den obersten Rückenwirbeln verbunden war und an diesen, sowie den anliegenden Rippenköpfen Substanzverlust erzeugt hatte. Die Intervertebralscheiben waren unversehrt und ragten leistenartig in die Höhle des Aneurysma, welches mit Blutgerinnsel und älteren und frischen Faserstoffschichten ausgefüllt war; auch hier befand sich eine eiterähnliche Flüssigkeit zwischen der äussersten Faserstoffschicht und der Aneurysmawand. Das Aneurysma breitete sich nach oben, unten und seitwärts aus, war fest mit dem Oesophagus verwachsen und hing mit diesem durch eine vier Groschen grosse Oeffnung, welche durch Fibrinschichten unvollständig verschlossen war, zusammen. Im Oesophagus und im Magen war eine grosse Menge geronnenen Blutes. Der Nervus vagus ging unversehrt über das Aneurysma an beiden Seiten weg, an der linken Seite war der Nervus recurrens durch die Geschwulst ganz verdeckt, erst oberhalb der Geschwulst waren Aeste desselben, welche zur Trachea und zum Oesophagus gingen, zu entdecken. Die Organe der Bauchhöhle waren bleich und blutleer.

Die Lage des aneurysmatischen Sackes, welcher den Oesophagus in der Gegend der Luftröhrentheilung comprimirte (denn diese war mit dem Oesophagus fest verwachsen), und die obersten Brustwirbel theilweise zerstört hatte, macht eine Compression des linken Bronchus wahrscheinlich, wie sich dieselbe auch aus der Beschaffenheit des linken oberen Lungenlappens ergiebt. Andererseits ist bei den oberhalb des Aneurysma aufgefundenen Aesten des Recurrens nicht bemerkt, dass ihr Aussehen verändert gewesen sei, wie dies bei atrophischen Nerven der Fall zu sein pflegt. Die vorhandene Tuberculose hat natürlich die Athmungsbeschwerde bedeutend gesteigert, ohne indessen wohl einen Einfluss auf die Stimme ausüben zu können. Der plötzliche Eintritt der Heiserkeit am 3. September würde diesen Fall allerdings den wenigen, genauer beobachteten Fällen von Lähmung des Recurrens nähern und bei dem Mangel einer deutlichen Angabe über die Verengerung der Trachea oder des linken Bronchus bleibt dieser Fall immer zwei-

felhaft; ich vermisse aber in demselben die Symptome, welche die durch Lähmung des Recurrens hervorgerufene Stenose der Glottis bei Thieren begleitet: ruhiges, geräuschloses Athmen in der Ruhe und schnelles Eintreten der Erscheinungen der Glottisverengerung bei der Bewegung. Die Inspiration war im Gegentheil, wie bei der Compressionsstenose, auch bei ruhigem Verhalten hörbar und mühsam.

Die Verengerung eines Bronchus durch den Druck einer aneurysmatischen Geschwulst bringt jedoch keineswegs immer die oben geschilderten Symptome zu Wege, wie dies der folgende Fall beweist.

Ein Stallknecht von 44 Jahren war ursprünglich wegen reissender Schmerzen in den unteren Extremitäten und den Erscheinungen eines beginnenden Rückenmarksleidens in das Krankenhaus aufgenommen worden, aber so weit hergestellt, dass er seit dem Jahre 1841 als Krankenwärter beschäftigt war. Im April 1843 fing er an, über Husten und Engbrüstigkeit zu klagen, ohne jedoch desshalb genöthigt zu sein, seinen Dienst zu unterbrechen. Der Husten zeichnete sich durch einen hohlen Ton aus, wie er den Catarrh des unteren Theils der Trachea zu begleiten pflegt, und trotzte den gegen denselben verordneten Mitteln. Am 6. November 1843 wurde er plötzlich von Fieber mit heftigen Schmerzen und Zuckungen in den Beinen befallen, welche letztere sogleich nach einem Aderlass nachliessen. Am Abend kehrten sie in geringerem Grade wieder, wichen aber einer Application von Schröpfköpfen längs der Wirbelsäule. Der Kranke blieb jedoch noch matt und erholte sich langsam. Er hatte indessen seinen Dienst schon wieder angetreten, als er am 27. November von Neuem von Fieber, diesmal mit stechenden Schmerzen in der linken Brusthälfte, mit Engbrüstigkeit und vermehrtem Husten, befallen wurde. Die Percussion wies im unteren Theil der linken Brusthälfte eine Dämpfung des Tons nach, auch mangelte hier das Respirationsgeräusch. Es waren auch Schmerzen in den Beinen, aber keine Zuckungen, eingetreten. Wiederholte örtliche Blutentziehungen, ein Vesicans und der Gebrauch von Nitrum mit Tartarus stibiatus besserten den Zustand soweit, dass der Schmerz in der Seite ganz verschwand, der Husten nur noch in Paroxysmen auftrat, die Engbrüstigkeit in der Ruhe verschwunden war und das Fieber sich verminderte, ohne sich jedoch zu verlieren. So blieb der Zustand in ziemlich gleicher Weise. Der Husten behielt seinen früheren Ton und trat oft des Nachts auf, war immer heftig und anstrengend, der Auswurf war meist schleimig, bisweilen eiterartig; die Athemnoth war verhältnissmässig nicht bedeutend, was um so auffallender war, als das pleuritische Exsudat sich stetig vermehrte und im Januar 1844 die ganze linke Pleurahöhle einnahm. Bei der Auscultation nahm man im Verlauf der Aorta und am Rücken ein rauhes Geräusch wahr, ob bei der Systole oder der Diastole, ist nicht bemerkt. Am 8. Januar zeigte sich etwas Blut im Auswurfe, verschwand dann wieder und trat erst am 14. wieder auf, ohne

jedoch anzuhalten. Am 15. Januar fing der Kranke am Morgen wieder an, Blut auszuwerfen und sank dann plötzlich todt zurück.

Bei der Section fand man weder in dem Wirbelcanale, noch in der Schädelhöhle eine wesentliche Veränderung. Die linke Pleurahöhle war mit einer bräunlichen, trüben, mehr wässerigen, als eitrigen Flüssigkeit, in welcher gallertige Gerinnsel schwammen, erfüllt; die Lunge war comprimirt. Beide Pleurablätter waren mit einer dicken, festen, unebenen Exsudatmembran bedeckt und fleckig geröthet. Aus den durchschnittenen Bronchialästen der comprimirten Lunge floss eine dicke, röthliche, eitrige Flüssigkeit, wie sie auch die Trachea ganz ausfüllte. — Die rechte Lunge war sehr bedeutend ausgedehnt, theils lufthaltig, theils in einzelnen Abschnitten mit Blut infiltrirt. — Das Herz war gross, zeigte aber sonst keine wesentliche Veränderung. Die Aorta war vom Beginn an sehr weit, ihre innere Fläche uneben; an ihrer hinteren Wand, am Bogen, war eine sackige Erweiterung mit einer Oeffnung von etwa Thalergrösse, welche in ihrem Grunde noch eine mit Blutgerinnseln erfüllte Ausbuchtung zeigte. Dieses Aneurysma drückte den linken Bronchus ganz nahe an der Bifurcation der Trachea zusammen, verschloss ihn aber nicht ganz. Auf der inneren Fläche des Bronchus, vorn und unten, fand sich eine ziemlich grosse Ulceration, durch welche man die Fibrinschichten des aneurysmatischen Sackes erblickte und von der aus man mit dem kleinen Finger in die Aorta gelangen konnte. — Die Untersuchung der Bauchhöhle ergab kein erwähnenswerthes Resultat.

Offenbar hatte in diesem Falle die Compression des linken Bronchus schon vor dem Entstehen des pleuritischen Exsudats begonnen und dennoch fehlten ausser dem rauhen, anstrengenden Husten die sonst so gewöhnlichen Erscheinungen der Verengerung der grösseren Luftwege. Ich habe schon oben die Vermuthung ausgesprochen, dass das Exsudat, welches die ganze Lunge unwegsam machte, die Schwankungen in dem Drucke des Aneurysma nicht so zur Erscheinung kommen liess; es bleibt aber noch ein fast dreivierteljähriger Zeitraum vor dem Entstehen der Pleuritis übrig, während welchem der Kranke seinen Dienst als Wärter verrichten konnte und keine Erscheinungen der Compressionsstenose darbot.

Man wird so wieder auf die Nerven zurückgeführt, wenn man versuchen will, die Entstehung der asthmatischen Zufälle zu erklären, denn die catarrhalische Schwellung der Schleimhaut, welche Demme sehr richtig für ein wesentliches ursächliches Moment derselben hält, war im vorliegenden Falle vorhanden. Welche Nerven hier vorzüglich zu beschuldigen sind, der Vagus oder der Sympathicus, ist nicht so leicht mit Bestimmtheit zu sagen; jedenfalls wird der Vagus und sein Ramus recurrens eine hervorragende

Rolle spielen. Ich glaube aber, dass man die Art und Weise der Functionsstörung dieser Nerven bei Geschwülsten am Eingange des Brustkorbes zu sehr a priori bestimmt habe, ohne in den einzelnen Fällen sich genauere Rechenschaft zu geben, wie gross der Einfluss wirklich gewesen sei. So hat man die bei Pferden vorkommende Recurrenslähmung einfach als Ausgangspunct genommen, um dadurch Heiserkeit und Engbrüstigkeit, namentlich aber asthmatische Zufälle, zu erklären, wenn der Recurrens nur leidend gewesen sein konnte. Ich habe mich bemüht, in den vorhergehenden Bemerkungen darauf hinzuweisen, dass sich wichtige practische Consequenzen an solche Annahmen knüpfen und dass es daher nothwendig sei, die letzteren genau festzustellen. Ich gebe mich der Hoffnung hin, bald von anderer Seite her diese Frage beleuchtet zu sehen, damit die hinsichtlich der Tracheotomie bei Aorten-Aneurysmen herrschende Unsicherheit ein Ende erreiche.

Einige ungewöhnliche anatomische Varietäten.

Communication beider Herzventrikel, abnormer Gefässursprung, abnormer Verlauf der Aorta.

Der nachstehende Fall bietet eine seltene Anomalie, von welcher, wie ich glaube, nur wenige Fälle beschrieben sind.

Der Kranke, ein 19jähriger Peitschenmacher, war schon einmal, vom 22. Januar bis zum 21. März 1859 auf dem Krankenhause in Behandlung gewesen. Er litt seit seiner Geburt an Cyanosis und war wegen vermehrter Beklemmung und wegen Verschlimmerung eines habituellen Catarrhs aufgenommen. An den Lungen wurde damals ausser den Erscheinungen des Catarrhs nichts Abweichendes wahrgenommen; das Herz schien von gewöhnlicher Grösse zu sein und die normale Lage zu haben. Ueber dem rechten Ventrikel am unteren Dritttheil des Sternum hörte man ein ganz auffallend lautes, theils blasendes, theils zischendes systolisches Geräusch, welches zwar auch in weiterer Verbreitung hörbar war, aber von der erwähnten Stelle aus an Stärke allmählig abnahm. Er ward damals in Bezug auf die Kurzathmigkeit und den Catarrh gebessert entlassen, auch die blaue Hautfärbung war in der Ruhe sehr wenig mehr zu bemerken, als er das Krankenhaus verliess. — Am 12. März 1860 wurde er wieder aufgenommen. Die Untersuchung des Herzens ergab noch dieselben Veränderungen, wie vor einem Jahre; der Husten war wieder heftig, der Kranke hatte mitunter Oedem der Füsse und fieberte; oft traten Erstickungszufälle ein. Es gelang diesmal erst nach längerem Aufenthalt, und dann nur für kurze Zeit, die Beklemmung und den Husten zu vermindern; die Erstickungszufälle traten bald wieder auf, der Husten vermehrte sich und führte bisweilen zu Blutauswurf, das Fieber vermehrte sich, die Kräfte sanken und die Ernährung nahm auffallend ab. Es bildete sich endlich Brand vom Durchliegen am Kreuzbein und den Trochanteren, die Dyspnöe ward anhaltend und der Kranke endete unter zunehmenden, nicht zu lindernden Leiden am 14. Mai.

Beide Lungen waren mit frischen und älteren Gruppen von Tuberkeln, sowie von zahlreichen Höhlen durchsetzt, dabei an einigen Stellen schwielig verdichtet. — Das Herz erschien etwas klein und schmal, die Lage desselben war normal. Der Conus der Arteria pulmonalis war wenig geräumig, der Zugang zu demselben zwischen den Papillarmuskeln der Tri-

cuspidalklappe war schwielig verdickt und verengert. Im Septum ventriculorum war eine ziemlich grosse, mit membranösen Rändern eingefasste Oeffnung, durch welche beide Ventrikel dicht unterhalb der Semilunarklappen der Aorta mit einander in Verbindung standen. Die Pulmonararterie theilte sich in gewohnter Weise in ihre beiden Aeste, an der Theilungsstelle entsprang der obliterirte Ductus Botalli. Die Aorta ging über den rechten Bronchus hinter den Oesophagus mit einer kleineren Krümmung als gewöhnlich, und lief dann in gewöhnlicher Weise längs der Wirbelsäule hinab. Vorn gab sie erst die linke Carotis, dann die rechte Carotis und die rechte Subclavia ab, die linke Subclavia entsprang erst, nachdem die Aorta hinter dem Oesophagus durchgegangen war; dicht unterhalb ihres Ursprungs inserirte sich der obliterirte Ductus Botalli, so nahe, dass es anfangs den Anschein hatte, er sei mit der Subclavia in Verbindung. Der Ductus Botalli stieg somit am Halse hinauf und um denselben schlang sich der linke Nervus recurrens, während der rechte um die Aorta herumging. Das Foramen ovale war vollständig geschlossen. Der übrige Sectionsbefund ergab keine bemerkenswerthe Veränderung.

Ein ganz ähnlicher Fall in Bezug auf den Verlauf der Aorta und den Ursprung der grossen Gefässe der oberen Körperhälfte aus derselben ist in den Transactions of the pathological Society Vol. 11. p. 40 beschrieben und abgebildet. Es fehlte hier jedoch der Ductus Botalli gänzlich. Es werden dort noch drei Fälle aus der Literatur angeführt, von denen der eine, von Sandfort im Mus. Anat. Lugd.-Batav. 1793. Vol. 1. p. 273, dem von mir eben beschriebenen ganz ähnlich gewesen zu sein scheint, während in den übrigen die Ursprünge der Carotiden und der Subclavien anders waren.

Directer Communicationsast zwischen der Carotis cerebralis dextra und der Arteria basilaris.

Bei einer 66jährigen Frau, welche an chronischem Catarrh der Blase und der Nierenbecken litt und an Bronchopneumonie starb, wurde am 18. Octbr. 1860 folgende seltene Arterienanomalie gefunden: Die rechte Arteria vertebralis zeigte sich bei ihrem Eintritt in das Foramen magnum um die Hälfte kleiner als die linke; von der durch ihr Zusammentreten gebildeten Arteria basilaris ging ein Ast von der Dicke einer Rabenfeder dureh die Lehne der Sella turcica direct zur reehten Carotis interna. Der Circulus arteriosus Willisii war insofern unvollkommen gebildet, als die rechte Arteria communicans posterior fehlte und hier die Verbindung nur durch mehrere kleine, sich in Capillaren auflösende Aeste von beiden Seiten bewerkstelligt war. Die von der rechten Arteria vertebralis abgehende Arteria Cerebelli inferior war stärker als die linke, umgekehrt war die aus der Theilung der Basilaris entspringende Arteria Cerebelli superior sinistra stärker, als die reehte.

Weniger ungewöhnlich, als die eben beschriebenen Anomalieen, sind die beiden folgenden Befunde:

Bei einer 84jährigen Frau, welche am 19. November 1860 starb, wurde der sogenannte Musculus sternalis brutorum gefunden. Von den Sehnen der Musculi sterno-cleido-mastoidei ging an jeder Seite eine sehmale, platte Sehne abwärts und bald in einen sehmalen Muskelbaueh über, dessen Fasern mit dem Sternum parallel liefen. Nach unten ging der Muskel mit auseinander weichenden Sehnenfasern in die äussere Scheide des Musculus rectus Abdominis über.

Bei einer 31jährigen Schneiderin, welche am 2. Januar 1860 an confluirenden Blattern starb, war ein Defect an der dritten rechten Rippe vorhanden. Diese endigte in einer Entfernung von etwa 2 Zoll von ihrem normal gebildeten knorpligen Theile in eine Spitze, an welche sich der innere Intercostalmuskel sehnig befestigte. Oberhalb und unterhalb dieser Spitze war eine nicht vom Muskel bedeckte Stelle, wo die Pleura, nur von Fettgewebe bedeckt, frei lag. Da die Anomalie erst bei der Section entdeckt wurde, so konnte das Verhalten des äusseren Intercostalmuskels nicht mehr untersucht werden. In der Gegend dieses Defectes bestand in der Brustwand, von der zweiten bis sechsten Rippe, eine muldenförmige Vertiefung, in der Umgebung dieser Vertiefung waren die Rippen an einander geschoben und etwas vorgewölbt. — Narben waren nicht zu entdecken, vielmehr wies der ganze Befund auf eine angeborene Anomalie hin.

Druck von Pontt & von Döhren in Hamburg.